

PROFIL PSYCHOTHERAPEUTISCHER ZIELSETZUNGEN

Konstruktion und psychometrische Überprüfung eines Instruments zur therapeutenseitigen Messung von Therapiezielen

Dissertation
zur Erlangung der Würde des Doktors der Philosophie
der Universität Hamburg

vorgelegt von

Jörg Dirmaier

aus Regensburg

Hamburg 2005

Referent: Prof. Dr. Dr. Uwe Koch

Korreferent: Prof. Dr. Dr. Hermann Faller

Tag der mündlichen Prüfung: 01. Juni 2005

Danksagung

Mein Dank gilt ganz besonders Herrn Dr. H. Schulz für seine intensive fachliche Betreuung und unterstützende Begleitung sowie Herrn Prof. Dr. Dr. U. Koch für die Herstellung der Rahmenbedingungen und seine richtungsweisenden Impulse für diese Arbeit.

Ebenso möchte ich mich auch bei den anderen Kollegen aus der Arbeitsgruppe Psychotherapie- und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf für die bereichernden fachlichen Diskussionen bedanken.

Insbesondere ist hier T. Harfst hervorzuheben, welcher mir sowohl bei der Durchführung der Studie wie auch bei der Korrektur der Arbeit immer wieder sehr behilflich war.

Dem Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft möchte ich für die finanzielle Unterstützung durch Vergabe des Stipendiums der Maria Pinding-Stiftung danken. Ohne diese Unterstützung wäre so ein umfangreiches Projekt nicht durchführbar gewesen.

Meinen Eltern danke ich dafür, dass sich mich in jeder Hinsicht unterstützten und mir bei der Verwirklichung meiner Ziele hilfreich zur Seite stehen.

Zuletzt möchte ich meiner Lebensgefährtin P. Zivkovic für ihre stetige Unterstützung in der Zeit der Promotion danken.

Hamburg, im Februar 2005

Jörg Dirmaier

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	1
2	THEORETISCHE GRUNDLAGEN UND EMPIRISCHE BEFUNDE	5
2.1	Definition und Abgrenzung	5
2.2	Therapieziele und Behandlungsprozess	7
2.2.1	Therapieziele und Indikationsstellung	7
2.2.2	Therapieziele und Behandlungsergebnis	10
2.2.3	Differentielle Therapieziele	14
2.2.3.1	Therapieziele und Unterschiede zwischen Behandlungskonzepten	14
2.2.3.2	Therapieziele und Unterschiede zwischen diagnostischen Gruppen	19
2.3	Therapieziele im Rahmen von individualisierter Ergebnismessung	21
2.3.1	Warum individualisierte Ergebnismessung?	21
2.3.2	Target complaints	25
2.3.3	Goal-Attainment-Scaling	26
2.3.4	Improvement Scaling	31
2.3.5	Zielorientierte Ergebnismessung	32
3	ZIELORIENTIERUNG IN DER REHABILITATION VON PATIENTEN MIT PSYCHOSOMATISCHEN/PSYCHISCHEN STÖRUNGEN	35
3.1	Die Bedeutung von Therapiezielen in der Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen	35
3.2	Theoretische Grundlagen der Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen	38
3.2.1	Das WHO-Krankheitsfolgenmodell	38
3.2.2	Ein Theoriemodell der Rehabilitation	41
3.3	Settingspezifische Einflussfaktoren auf Therapieziele der Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen	44
4	WARUM EIN NEUES ERHEBUNGSINSTRUMENT? DARSTELLUNG UND BEWERTUNG BESTEHENDER INSTRUMENTE	48
4.1	Kategoriensysteme	48
4.2	Zielerfassungsinstrumente	58
4.2.1	Selbstbeurteilungsinstrumente	59
4.2.2	Fremdbeurteilungsinstrumente	64

5	MODIFIKATION UND ÜBERPRÜFUNG DES KATEGORIENSYSTEMS PSYCHOTHERAPEUTISCHER ZIELSETZUNGEN	66
<hr/>		
5.1	Modifikation des Kategoriensystems psychotherapeutischer Zielsetzungen	66
5.1.1	Methodik	66
5.1.2	Ergebnisse	68
5.2	Überprüfung des Kategoriensystems psychotherapeutischer Zielsetzungen	72
5.2.1	Fragestellungen	72
5.2.2	Hypothesen	73
5.2.3	Statistische Methoden	74
5.2.4	Ergebnisse	76
5.2.4.1	Beschreibung der Stichprobe	76
5.2.4.2	Therapieziele und Verteilung	80
5.2.4.3	Bestimmung der Beurteilerübereinstimmung	81
5.2.4.4	Differentielle Therapieziele	82
6	ENTWICKLUNG DES PROFILS PSYCHOTHERAPEUTISCHER ZIELSETZUNGEN	88
<hr/>		
6.1	Profil Psychotherapeutischer Zielsetzungen - Therapeuten	91
6.2	Profil Psychotherapeutischer Zielsetzungen - Patienten	92
7	PSYCHOMETRISCHE ÜBERPRÜFUNG DES PPZ-T	96
<hr/>		
7.1	Fragestellungen und Hypothesen	96
7.1.1	Fragestellungen	97
7.1.2	Hypothesen zur Auswahl von Therapiezielen	98
7.1.3	Hypothesen zur Zielerreichung	100
7.2	Methodisches Vorgehen	102
7.2.1	Rahmen der Untersuchung	102
7.2.2	Studiendesign	103
7.2.3	Rekrutierung der Stichprobe	104
7.2.4	Durchführung der Untersuchung	104
7.2.5	Variablen und Erhebungsinstrumente	105
7.2.6	Statistische Verfahren	109
7.3	Ergebnisse	110
7.3.1	Stichprobenbeschreibung und Repräsentativitätsanalyse	110
7.3.2	Häufigkeit und Verteilung der Therapieziele (Fragestellung 1)	116
7.3.2.1	Anzahl und Rangfolge der zehn häufigsten Therapieziele	116
7.3.2.2	Verteilung der Therapieziele auf der Ebene der 21 Zielbereiche	117
7.3.3	Praktikabilität (Fragestellung 2)	120
7.3.3.1	Verständlichkeit	121

7.3.3.2	Vollständigkeit	122
7.3.4	Itemkennwerte (Fragestellung 3)	122
7.3.4.1	Item-Schwierigkeit	122
7.3.4.2	Iteminterkorrelationen	124
7.3.5	Validität des PPZ-T: Zielauswahl zu Beginn der Behandlung	124
7.3.5.1	Therapieziele und Diagnosen (Hypothese 1)	125
7.3.5.2	Therapieziele und Symptombelastung / Funktionseinschränkungen (Hypothese 2)	127
7.3.6	Validität des PPZ-T: Zielerreichung am Ende der Behandlung	132
7.3.6.1	Bestimmung der Zielerreichungsscores	133
7.3.6.2	Unterschiede in der Erreichbarkeit von Therapiezielen (Hypothese 3)	133
7.3.6.3	Zielerreichung und Anzahl der Therapieziele (Hypothese 4)	137
7.3.6.4	Prädiktoren der Zielerreichung (Hypothese 5)	139
7.3.6.5	Zusammenhänge zwischen der Zielerreichung und Indikatoren des Behandlungserfolgs (Hypothese 6)	141
8	GESAMTDISKUSSION	144
<hr/>		
8.1	Entwicklung und Überprüfung des Kategoriensystems psychotherapeutischer Zielsetzungen	144
8.1.1	Verteilungseigenschaften des Kategoriensystems	145
8.1.2	Reliabilität	145
8.1.3	Validität	146
8.1.4	Methodische Einschränkungen	147
8.1.5	Vergleich mit bereits bestehenden Kategoriensystemen	148
8.1.6	Zusammenfassung	150
8.2	Überprüfung des PPZ-T	151
8.2.1	Praktikabilität	151
8.2.2	Itemkennwerte	152
8.2.3	Aspekte der Zielauswahl	153
8.2.4	Aspekte der Zielerreichung	157
8.2.5	Methodische Einschränkungen	160
8.2.6	Zusammenfassung	165
8.3	Vorschläge für eine Weiterentwicklung des Fragebogens	165
8.4	Zusammenfassende Bewertung und Ausblick	170
9	ZUSAMMENFASSUNG	174
10	LITERATURVERZEICHNIS	175

11	TABELLENVERZEICHNIS	193
12	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	197
13	ANHANG	198
13.1	Kategoriensystem psychotherapeutischer Zielsetzungen	198
13.2	Modifikation und Überprüfung des Kategoriensystems psychotherapeutischer Zielsetzungen: Ergänzende Ergebnistabellen	205
13.2.1	Multinomiale logistische Regression	205
13.3	Profil psychotherapeutischer Zielsetzungen	208
13.3.1	Profil psychotherapeutischer Zielsetzungen - Therapeutenversion	208
13.3.2	Profil psychotherapeutischer Zielsetzungen - Patientenversion	215
13.4	Auswahl weiterer eingesetzter Instrumente	219
13.4.1	Arzt- / Therapeutenbogen zur Ergebnismessung (Auswahl)	219
13.4.2	Patientenbogen zu Beginn der stationären Behandlung (Auswahl)	224
13.4.3	Patientenbogen nach der stationären Behandlung (Auswahl)	231
13.5	Überprüfung des PPZ-P: Ergänzende Ergebnistabellen	234
13.5.1	Item-Schwierigkeiten	234
13.5.2	Item-Korrelationen	240
13.5.3	Zielerreichung auf der Ebene der Zielbereiche	248
13.5.4	Zielerreichung auf der Ebene der konkreten Therapieziele	249
13.6	Vorschlag für eine Revision der PPZ-T	254

1 Einleitung

Nach Analysen von Schulz und Koch (2002b) ist die Zahl der psychosomatisch/ psychotherapeutischen Betten in der psychosomatischen Rehabilitation in Deutschland in den letzten Jahren insgesamt auf mindestens 11350 gestiegen sein, im Gegensatz zu etwa 4850 Betten im Rahmen der psychosomatischen Krankenhausbehandlung. Nach einer Erhebung von Müller-Fahrnow et al. (2002) kommen in der Rehabilitation von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen nochmals etwa 14550 Betten hinzu, so dass für die Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen in beiden Versorgungsbereichen insgesamt circa 30750 Betten zur Verfügung stehen. Verglichen mit etwa 55000 Betten im Bereich der stationären psychiatrischen/ psychotherapeutischen Versorgung (Statistisches Bundesamt, 2002), findet ein substantieller Anteil der stationären Versorgung psychisch Kranker im Bereich der medizinischen Rehabilitation statt und ist somit ein wichtiger Bestandteil der stationären psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland.

Vor allem aufgrund fehlender Effektivitätsnachweise ist das Versorgungssystem der medizinischen Rehabilitation und somit auch der stationären psychosomatischen Rehabilitation in der zweiten Hälfte der achtziger Jahren zunehmend in Kritik geraten (Gerdes, 1988; Koch & Barth, 1992; Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 1992). Seitdem wurden umfangreiche Bemühungen unternommen, insbesondere die wissenschaftlichen Grundlagen der medizinischen Rehabilitation auszubauen. So wurde im Rahmen eines gemeinsamen rehabilitationswissenschaftlichen Förderschwerpunktes des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) und des Verbands Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) versucht, Schwachstellen in der aktuellen Rehabilitationspraxis zu analysieren und die Entwicklung der Rehabilitation inhaltlich und strukturell zu fördern (Bengel & Jäckel, 2000). Im Rahmen dieser Bemühungen sollte unter anderem ein stärkerer Fokus auf die Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität gesetzt werden, was insbesondere innerhalb des Forschungsverbundes Freiburg/Bad Säckingen mit dem Titel „Zielorientierung in Diagnostik, Therapie und Ergebnismessung“ geleistet werden soll (Gerdes, Bengel et al., 2000). Dieser Förderschwerpunkt beinhaltet die Erfassung der individuellen Ausprägungen der Belastungen und Beschwerden der Rehabilitanden und den in den jeweiligen Bereichen zu definierenden Rehabilitationszielen. Durch diese Zielorientierung lassen sich sowohl notwendige Teilprozesse des Behandlungsverlaufs integrieren, als auch Behandlungsgruppen bestimmen, die durch die individuellen Problemlagen der Rehabilitanden definiert sind (Gerdes, Bengel et al., 2000).

Etwa gleichzeitig wurden umfassende Qualitätssicherungsprogramme im Bereich der Rehabilitation von Patienten mit psychischen Erkrankungen implementiert (Kawski & Koch, 2002), wobei als ein wesentliches Qualitätsmerkmal ebenfalls eine verstärkte Zielorientierung angestrebt wird, einerseits um dem Anspruch einer stärkeren Ergebnisorientierung gerecht zu werden, andererseits um die Behandlung stärker den individuellen Bedürfnissen der Patienten anzupassen (Schulz & Koch, 2002b; Vogel et al., 1994).

Als Resultat dieser und vergleichbarer Bestrebungen aus der Psychotherapieforschung entstanden unter anderem Forderungen nach der Erfassung von Therapiezielen und deren Erreichung (Dirmaier et al., 2002; Kordy & Hannover, 1999; Stieglitz & Haug, 1995). Vor allem in den somatischen Indikationsbereichen der medizinischen Rehabilitation entstanden einige Projekte, deren Schwerpunkt unter anderem auf einer systematischen Erfassung von Therapiezielen und einer zielorientierten Prüfung von Behandlungseffekten lag (Bergelt, 2002; Bergelt et al., 2000; Bührlen et al., 2000; Farin et al., 2002; Fischer & Raschke, 2000; Gerdes, Weidemann et al., 2000; Protz et al., 1998; Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 1997).

In der stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation wird eine systematische Erhebung von Behandlungszielen und eine zielorientierte Evaluation des Behandlungsergebnisses bisher bis auf wenige Ausnahmen nur in begrenztem Umfang umgesetzt (Heuft & Senf, 1998; Schmidt et al., 2003). Ursache hierfür ist möglicherweise das Fehlen entsprechender Erhebungsinstrumente zur standardisierten und somit ökonomischen Erfassung von Therapiezielen und deren Erreichung, was wiederum unter anderem auf das sehr viel heterogenere Patienten- und Behandlungsspektrum und auch auf das Problem der Operationalisierung psychotherapeutischer Zielsetzungen zurückzuführen ist.

Auf der Grundlage dieser Überlegungen ist es nun Ziel der vorliegenden Arbeit, aufbauend auf schon geleisteten Vorarbeiten (Dirmaier et al., 2002), zunächst die im Rahmen der am Ende der Behandlung zu erstellenden Entlassungsberichte formulierten Therapieziele systematisch zu erfassen und diese im Rahmen einer Taxonomie strukturierend zusammenzufassen. Darauf aufbauend soll dann ein standardisiertes Erhebungsinstrument zur praktikablen Erfassung von Therapiezielen und deren Erreichung der psychotherapeutischen/psychosomatischen Rehabilitation entwickelt werden und hinsichtlich relevanter Gütekriterien wie Reliabilität, Validität und Praktikabilität überprüft werden, um so ein Instrument für den routinemäßigen Einsatz sowohl im Rahmen des Therapieprozesses (Therapieplanung, Zuweisungssteuerung), wie auch für die Evaluation und Qualitätssicherung der Behandlungen-

ergebnisse zur Verfügung zu stellen. Dabei zielt das zu entwickelnde Instrument sowohl auf die Erfassung von Therapiezielen aus Sicht der Patienten wie auch aus Sicht der Therapeuten ab, um so möglichen Unterschieden zwischen patienten- und therapeutenseitiger Zieldefinitionen Raum geben zu können, aber auch um Aussagen über den Vergleich der beiden Sichtweisen und den Zusammenhang von Zielübereinstimmung und Ergebnisqualität zu erhalten. Im Rahmen der Validierung der Instrumente soll im Weiteren insbesondere auf inhaltlicher Ebene geprüft werden, inwiefern sich gruppenspezifische Unterschiede hinsichtlich der formulierten Therapieziele feststellen lassen, um so die relevanten Zieldimensionen von Subgruppen von Patienten detailliert beschreiben zu können und die Grundlagen für Rückschlüsse bezüglich einer standardisierte Behandlungsplanung und Zuweisungssteuerung zu legen.

Grundlagen der Arbeit

Die vorliegende Arbeit basiert zum einem auf Daten, die innerhalb des 5-Punkte-Programms zur Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung (Koch & Tiefensee, 1998) gewonnen wurden. Im Rahmen dieses Projekts konnte auf eine umfangreiche Stichprobe von Entlassungsberichten zurückgegriffen werden, die als Grundlage für die Erstellung eines Kategoriensystems von Therapiezielen dienten. Zum anderen erfolgte die Überprüfung der entwickelten Instrumente anhand von Daten, die innerhalb eines aufbauend auf dem 5-Punkte-Programm der Gesetzlichen Rentenversicherung durchgeführten Qualitätssicherungsprojekts der Gesetzlichen Krankenversicherung in der medizinischen Rehabilitation gewonnen wurden. In einer Pilotstudie wurden die beiden Instrumente in elf beteiligten Kliniken eingesetzt.

Aufbau der Arbeit

Anschließend an diese Einleitung soll in Kapitel 2 zunächst neben einer Klärung des Begriffs „Therapieziel“ auf die möglichen Funktionen der Verwendung von Therapiezielen im Therapieprozess sowie zur Ergebnismessung eingegangen werden.

Kapitel 3 konzentriert sich auf Therapieziele in dem konzeptionellem Rahmen der psychosomatischen Rehabilitation, speziell im Hinblick auf deren Verwendung im Sinne eines zielorientierten Evaluationsansatzes.

Das darauf folgende Kapitel 4 fokussiert eine vergleichende Beschreibung der verschiedenen Möglichkeiten der Zielerfassung. Schwerpunkte liegen hier auf der Beschreibung verschiedener Kategoriensysteme und Fragebogeninstrumente zur Erfassung von Therapiezielen. Einleitend werden die jeweils verschiedenen Anforderungen an sowohl Kategoriensysteme wie auch Zielfragebögen diskutiert.

In dem anschließenden Kapitel 5 wird, aufbauend auf schon geleisteten Vorarbeiten, die Modifikation und Entwicklung eines Kategoriensystems psychotherapeutischer Zielsetzungen von Patienten mit psychischen Störungen beschrieben. Neben der Ableitung von Hypothesen aus der Literatur für die Überprüfung des Systems, werden hier insbesondere Aspekte der Reliabilität und Validität des entwickelten Kategoriensystems beschrieben.

In Kapitel 6 wird dann die Entwicklung des Zielerfassungsinstruments beschrieben, ein Schwerpunkt bildet hier die Unterscheidung von patienten- und therapeutenseitigen Zielsetzungen.

Die auf dem Kategoriensystem basierende Entwicklung der therapeutenseitigen Zielerfassung wird dann in Kapitel 7 einer eingehenden Überprüfung hinsichtlich Praktikabilität, Reliabilität und Validität unterzogen.

Daraufhin werden die Ergebnisse in Kapitel 8 zusammengefasst und diskutiert, insbesondere hinsichtlich dem Nutzen im Rahmen des Therapieprozesses einerseits und für evaluative Maßnahmen andererseits.

2 Theoretische Grundlagen und empirische Befunde

In den folgenden Abschnitten dieser Arbeit sollen theoretische Grundlagen und bisherige empirische Befunde zu Anwendungsmöglichkeiten von Therapiezielen und Ergebnissen der Therapiezielforschung eingeführt werden, insbesondere im Rahmen der Prozess- und Ergebnisforschung psychotherapeutischer Maßnahmen. Hierzu werden in Kapitel 2.1 mögliche Definitionen des Begriffs „Therapieziele“ in Abgrenzung zu ähnlichen Konstrukten dargestellt. Kapitel 2.2 gibt einen Überblick über die verschiedenen Funktionen und Bedeutungen von Therapiezielen für den Prozess einer psychotherapeutischen Behandlung und differentielle Aspekte von Therapiezielen, um dann in Kapitel 2.3 auf die Rolle von Therapiezielen im Rahmen von individualisierter Ergebnismessung einzugehen.

2.1 Definition und Abgrenzung

In der Literatur findet sich eine Vielzahl unterschiedlicher Definitionen von Therapiezielen, wovon hier einige exemplarisch dargestellt werden sollen.

In einer allgemeinen Umschreibung nach Schulte-Bahrenberg (1990) lassen sich Therapieziele als durch psychotherapeutisches Handeln angestrebte Sollzustände, die unter Anwendung bestimmter Strategien und Methoden in der Therapie erreicht werden sollen, definieren. Mögliche Sollzustände sind Verhaltensdispositionen affektiver, kognitiver, psychosomatischer oder auch physiologischer Art. Nach einer eher verhaltenstherapeutisch orientierten Definition von Wipplinger und Reinecker (1994) können Therapieziele als beabsichtigte Verhaltens- oder Erlebensveränderungen definiert werden, die in Übereinstimmung zwischen Patient und Therapeut vor der Therapie festgelegt werden und durch die Therapie erreicht werden können. Nach Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2000) lassen sich Ziele als einfache bis hochkomplexe Antizipationen zukünftiger Endzustände charakterisieren, die positiv bewertet werden. Die Formulierung von Zielen stellt eine Suchraumeinschränkung dar, wodurch der Fokus auf wesentliche Teilaspekte der Situation gesetzt und die Vielzahl von Verhaltensmöglichkeiten begrenzt wird. Grosse-Holtforth (2001) hingegen definieren Therapieziele als gerichtete Veränderungen des Verhaltens und Erlebens, die ein Patient zu Beginn einer Psychotherapie mit dem Therapeuten vereinbart und mit Hilfe der Therapie zu erreichen versucht. Zusammenfassend lassen sich Therapieziele also als zu Beginn einer Psychotherapie vereinbarte zukünftige Zustände definieren, die durch bestimmte Methoden innerhalb der Therapie erreicht werden sollen.

Therapieziele im allgemeinen können unterteilt werden in Ziele, die von Patienten für ihre Therapie formuliert werden, und Ziele, die von den Therapeuten während einer Therapie verfolgt werden. Es werden diesbezüglich „ultimate goals“ und „instrumental goals“ unterschieden (Foster & Mash, 1999; Rosen & Proctor, 1981). „**Ultimate goals**“ sind Ziele, die den Patienten dazu veranlassen, eine Behandlung zu beginnen und deren Erreichung somit mit einer Beendigung der Behandlung gleichzusetzen ist. Sie repräsentieren die für den Patienten wichtigen Ziele, sie sollten vom Patienten gesetzt und bewertet werden. Sie komprimieren die Probleme des Patienten und sind somit von hoher Relevanz für den Patienten. Die Ziele eines Patienten setzen sich zusammen aus expliziten Zielen (z.B. Bewältigung von agoraphobischen Ängsten) und weiteren, impliziten Zielen im Sinne von Lebenszielen oder -plänen (Michalak et al., 2001). Im Gegensatz dazu gibt es die „**instrumental goals**“. Sie werden vom Therapeuten festgelegt. Hierbei nimmt der Therapeut an, dass die Erreichung dieser Ziele notwendig ist, um die ultimativen Ziele des Patienten zu erreichen. Diese Ziele sind theoriegeleitet und haben somit engen Bezug zu der theoretischen Orientierung des Therapeuten. So kann zum Beispiel das instrumentelle Ziel, soziale Techniken zu erlernen, dazu führen, dass das ultimative Ziel des Patienten, mehr Freunde zu haben, erreicht wird. So gehen bei der Definition von Behandlungszielen einerseits die Behandlungsanliegen der Patienten in Folge wahrgenommener Probleme ein, andererseits die Vorstellungen des Therapeuten bezüglich des Erforderlichen, Machbaren und Verantwortbaren ein (Grosse-Holtforth, 2001).

Dabei sind Therapieziele zu unterscheiden von motivationalen Zielsetzungen (Grosse-Holtforth & Grawe, 2000) oder persönlichen Zielen (vgl. u.a. Brunstein, 2001; Karoly & Ruchman, 1995; Pöhlmann et al., 2001).

Motivationale Zielsetzungen sind „mentale Repräsentationen von erwünschten oder unerwünschten Person-Umwelt-Bezügen bzw. Bezügen der Person auf sich selbst. Sie stehen an der Spitze einer Hierarchie von Plänen und Verhaltensweisen, die darauf ausgerichtet sind, Wahrnehmungen im Sinne erwünschter Konsequenzen herzustellen oder Wahrnehmungen im Sinne der unerwünschten Konsequenzen zu vermeiden“ (Grosse Holtforth, 1999, S. 23). Dementsprechend lassen sich motivationale Ziele in Annäherungs- und Vermeidungsziele unterteilen. Annäherungsziele entstehen aus den Grundbedürfnissen, Vermeidungsziele aus der Verletzung derselben (Grosse-Holtforth & Grawe, 2000).

Persönliche Zielsetzungen sind ein Konstrukt von Zielen, das den motivationalen Zielen ähnlich ist. Sie werden definiert als „Anliegen, Projekte und Bestrebungen, die eine Person in

ihrem Alltag verfolgt und in Zukunft realisieren möchte. Sie beruhen auf antizipierten Zuständen und Ereignissen, die für eine Person von individueller Bedeutung sind. Sie bringen zum Ausdruck, wonach eine Person in ihrer individuellen Lebenssituation strebt und was sie im einzelnen erreichen oder vermeiden möchte“ (Brunstein & Maier, 1996, S. 146).

Grosse-Holtforth (1999) differenziert zwischen den Therapiezielen und den motivationalen oder persönlichen Zielen. Demnach müssen Therapieziele prinzipiell erreichbar sein, im Gegensatz zu motivationalen Zielsetzungen, die keine definierten Endpunkt haben. Im weiteren stehen motivationale Ziel in der Zielhierarchie einer Person ganz oben, wohingegen Therapieziele oftmals Mittel zum Zweck sind, also Maßnahmen, um motivationale Ziele zu erreichen. Therapieziele sind somit operationalisierte, klar definierte realistische Formulierungen, die mittelfristig erreichbar sind. Ein weiterer Unterschied besteht darin, dass motivationale Ziele sowohl Annäherungs- wie auch Vermeidungsziele umfassen, wohingegen Therapieziele explizit positiv formuliert sein sollten. Motivationale Zieleprozesse müssen auch nicht notwendigerweise bewusst ablaufen, wohingegen Therapieziele bewusst repräsentiert sind und innerhalb der Therapie ausgehandelt wurden. Auch bei der Wichtigkeit der Zielsetzungen bestehen Unterschiede. So können motivationale oder persönliche Ziele in der Wichtigkeit schwanken, wohingegen Therapieziele per Definition sowohl für den Patienten wie auch den Therapeuten von enormer Bedeutung sein müssen (Grosse Holtforth, 1999). Es wird also deutlich, dass die beiden Konstrukte (Therapieziele und motivationale oder persönliche Zielsetzungen) klar voneinander abgrenzbar sind und somit auch durch getrennte Verfahren operationalisiert werden müssen.

2.2 Therapieziele und Behandlungsprozess

2.2.1 Therapieziele und Indikationsstellung

Nach Braun (1997) wird durch die Formulierung von Therapiezielen die Problemlage des Patienten konkretisiert, wodurch es für den Patienten und auch den Therapeuten im therapeutischen Prozess einfacher ist, für die Problemlage spezifische Bewältigungsstrategien zu erkennen, zu entwickeln und anzuwenden. Nach Karoly (2000) schlagen Therapieziele also eine Brücke zwischen Diagnostik und Intervention, da die dadurch gewonnenen Informationen unmittelbar anwendbar sind, das heißt zwischen der Erfassung des Konstrukts von Zielen für eine psychotherapeutische Behandlung und dem therapeutischen Handeln sind nur wenige Zwischenschritte notwendig.

Es kann also angenommen werden, dass die Bestimmung von angestrebten Therapiezielen zur Beantwortung der Indikationsfrage und somit des Therapieplans beitragen kann, da Behandlungsziele als ein mögliches Bindeglied zwischen diagnostischen Befunden und therapeutischen Maßnahmen gelten (Finke et al., 1995; Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 1997; Wipplinger & Reinecker, 1994). Auch nach Seidenstücker (1994), Faller (2000), Rüd- del (1998) und Enke und Czogalik (1993) müssen für Entscheidungen bezüglich therapeutischer Maßnahmen Ziele der Patienten miteinbezogen werden, da Diagnosen allein für eine Indikationsentscheidung als nicht ausreichend angesehen werden. Die Bedeutung von Therapiezielen für den Prozess der Indikationsstellung und Behandlungsplanung wird auch in der Definition des Prozesses der Indikationsstellung nach Grawe (1987) deutlich. Nach ihm gliedert sich dieser Prozess in drei Schritte: Nach der Festlegung der Therapieziele erfolgt die Auswahl einer Therapiemethode, welche mit den Therapiezielen konform geht und unter der Berücksichtigung der Ressourcen des Patienten am ehesten eine Zielerreichung verspricht. Anschließend wird eine Erfolgsprognose unter Berücksichtigung der individuellen Patienten- Charakteristika und der Rahmenbedingungen abgegeben. Hier wird also die Rolle von Therapiezielen sowohl für die Prognose des Therapieerfolgs wie auch die Auswahl der Behandlungsmethode deutlich.

Wälte (1990) definiert den Begriff der Indikation als „eine Entscheidung (Entscheidungsfällung und Ausführung der Maßnahmen aufgrund der Entscheidungen) für eine psychotherapeutische Problemlösung unter Berücksichtigung bestimmter (diagnostischer) Informationen mit dem Resultat der Auswahl (und/oder Modifikation) einer von mehreren Handlungsalternativen“. Mit anderen Worten wird im Prozess der Indikationsstellung entschieden, bei welchen psychischen (und somatischen) Problemen welches spezifische Treatment durchgeführt wird. Nach Bastine (1981) kann in der Psychotherapie zwischen drei verschiedenen Indikationstypen unterschieden werden: Erstens die Indikation zur Psychotherapie (Entscheidung, ob medizinische oder psychologische Behandlung indiziert ist), zweitens die schulenspezifische Indikation (Entscheidung, welche Art von Psychotherapie indiziert ist), und drittens die prozessuale Indikation (Entscheidung, welche Behandlungsmethoden innerhalb einer Therapie- richtung indiziert sind). Mans (1994) unterscheidet zwischen interkonzeptioneller differentieller Indikation und intrakonzeptioneller Indikation. Mit „differentieller Indikation“ bezeichnet Wälte (1990), bei welchem Klienten mit welchen psychischen (und somatischen) Problemen welches spezifische Treatment von welchem Therapeuten in welchem Setting zu welcher Zeit

mit welchem Ziel durchgeführt wird und wie angemessen, wie effektiv (Effektivität) und wie effizient (Kosten-Nutzen-Relation) das Treatment ist.

Nach Mans (1994) ist es im Zuge der wachsenden Bedeutung von Qualitätssicherung auch im Rahmen der stationären Psychotherapie erforderlich, zur Verbesserung der Prozessqualität ein Modell der differentiellen Indikation zwischen heterogenen Therapieverfahren wie psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Psychotherapie zu entwickeln. Als Kriterien einer derartigen interkonzeptionellen Zuweisung zu den verschiedenen Therapieformen werden neben Alter, organische Beeinträchtigungen, Bildungsgrad, Sprache (Bastine, 1992a) und das Ausmaß an Psychotherapiemotivation (Schulz et al., 1995; Terporten et al., 1998) unter anderem auch die Therapieziele des Patienten (Grawe, 1987; Rüdell, 1998) diskutiert. Eine Studie der Abteilung für Medizinische Psychologie, Universitäts-Krankenhaus Eppendorf, Hamburg (Lotz-Rambaldi et al., 1998) verfolgte das Ziel, handlungsrelevante Entscheidungskriterien für die Zuweisung zu bestimmten Therapiemethoden zu entwickeln. Als Ergebnis dieser Befragung von ausgewählten klinikinternen und -externen Experten zur differentiellen Indikation in einer Klinik lässt sich zusammenfassen, dass für die Zuweisung zu einer der beiden therapeutischen Richtungen Therapieziele des Patienten sowie sein Behandlungswunsch als wichtige Differenzierungskriterien definiert wurden. Anhand der Therapieziele soll entschieden werden, welche Therapieform für den jeweiligen Patienten die geeignetere ist. Dabei steht die Beantwortung der Frage noch aus, ob die verschiedenen Schulen tatsächlich so unterschiedlich in ihrer Definition von relevanten Therapiezielen sind, oder ob es sich dabei nur um scheinbare Unterschiede im Abstraktionsniveau handelt, auf dem die Ziele formuliert werden.

Grundsätzlich ist bei Überlegungen bezüglich der differentiellen Indikation zu berücksichtigen, dass die Diagnose allein als Zuweisungskriterium nicht ausreicht. Es ist nachvollziehbar, dass die Zielsetzung einer Behandlung für die Behandlungsplanung eine wesentliche Rolle spielt. Die Leistungen, die ein Patient in Anspruch nimmt, der wieder ins Berufsleben eingegliedert werden soll, unterscheiden sich vom Leistungsbündel eines Patienten, dessen Rehabilitationsziel der Abbau funktionaler Beeinträchtigungen ist, selbst wenn bei beiden die gleiche Diagnose vorliegt (Neubauer & Mayer, 2000).

Dekker (1995) konnten unter anderem im Rahmen von psychiatrischen Behandlungen zeigen, dass die Behandlungsziele, die aus der funktionalen Diagnose basierend auf der *International Classification of Diseases* (ICF, WHO, 2001) valide die Behandlungsauswahl vorhersagen. Die Auswahl von Interventionen hängt auch davon ab, welche Therapieziele verfolgt wurden.

In einer anderen Studie (Faller, 2000) wurde hingegen in einer Untersuchung an 152 ambulant behandelten Patienten festgestellt, dass sich die Indikationen für die beiden unterschiedlichen Therapierichtungen (tiefenpsychologisch/analytisch bzw. verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapien) nicht hinsichtlich der vom Patienten angegebenen Therapieziele unterscheiden. Dies kann einerseits bedeuten, dass die Therapieziele der Patienten bei der Erstuntersuchung keinen Effekt auf die differentielle Indikation ausüben, weil andere Kriterien wie Störungsbild oder Motivation eine wichtigere Rolle einnehmen. Eher ist dies Ergebnis aber dadurch zu erklären, dass das verwendete Fragebogeninstrument (siehe Kapitel 4.2.1) nicht geeignet war, hinsichtlich verschiedenen Therapiezielpräferenzen zu unterscheiden. Zu hohe Interkorrelationen der verwendeten Skalen erschwerten vermutlich, ein differentielles Muster herauszuarbeiten. Hinzu kommt, dass die Ergebnisse auf Grund der geringen Rücklaufquote von 57% kaum generalisierbar sein dürften (Faller, 2000).

Wenn Therapieziele die indizierten Behandlungsmaßnahmen valide vorhersagen, kann Therapiezielen folglich auch im Hinblick auf gesundheitsökonomische Aspekte eine entscheidende Rolle zugeschrieben werden. Die Behandlungsziele der Patienten könnten präziser als diese Diagnosen alleine den zu erwartenden Verbrauch an Ressourcen vorhersagen. Dass das Behandlungsziel den Ressourcenverbrauch beeinflusst, wurde bereits in einer Metaanalyse von Lynette, Eagar und Smith (1998) belegt: Die Autoren schlussfolgern, dass Studien (z.B. Coopers & Lybrand, 1995; Eagar et al., 1997) auch für den Bereich psychiatrischer Erkrankungen gezeigt haben, dass unter anderem die Ziele der Behandlung ein wesentlicher Prädiktor für die Versorgungskosten waren.

2.2.2 Therapieziele und Behandlungsergebnis

Zielgerichtetes Verhalten ist ein grundlegendes Merkmal menschlichen Handelns, wodurch eine Steigerung der Motivation, die Stringenz der Handlungsplanung und die Erfolgskontrolle des eigenen Handelns durch Überprüfung der Zielerreichung ermöglicht wird. Insgesamt wird angenommen, dass ein zielgerichtetes Vorgehen die Effizienz der durchzuführenden Handlungen erhöht (Austin & Vancouver, 1996; Bandura, 1989; Ford & Ford, 1987; Pervin, 1983; Semmer & Frese, 1985; Winell, 1987).

Werden Therapieziele zu Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung definiert, so kann sich dies ebenfalls positiv auf das Behandlungsergebnis auswirken (Garwick, 1974; Goldman et al., 2003; Jones & Garwick, 1973; Willer & Miller, 1976).

In einer erst kürzlich publizierten, sehr umfangreichen amerikanischen Studie von Goldman et al. (2003) konnte nachgewiesen werden, dass die Verwendung eines zielorientierten Vorgehens das Ergebnis ambulanter Psychotherapie verbessern kann. In dieser Studie wurden ambulante Psychotherapien von insgesamt 17.752 Patienten, die im Rahmen des „Goal Focus Treatment Planning and Outcomes“ (GFTPO) Programms behandelt wurden, mit 10.989 „normal“ behandelten Patienten verglichen. Das GFTPO-Programm beinhaltet dabei als eine grundlegende Interventionen, dass der Behandler zu Beginn der Therapie für jeden Patienten in Abstimmung mit der anfänglichen Diagnose eine umfassende Liste von Therapiezielen erhält, aus welcher dann das am ehesten für die individuelle Situation des Patienten passende Ziel ausgewählt werden soll. Die Therapieziele wurden durch eine speziell hierfür entwickelte Software generiert, welche Therapieziele unter Berücksichtigung der DSM-IV-Diagnose, der Symptome und der psychosozialen Beeinträchtigungen durch die Erkrankung generiert. Die Liste der Therapieziele wurde im Sinne einer Vorlage zur Formulierung eines angemessenen Behandlungsplans angeboten. Die ausgewählten Behandlungsziele wurden dann nach jeder Sitzung auf einer fünfstufigen Likert-Skalierung hinsichtlich der Zielerreichung eingeschätzt. Die Ergebnisse zeigten, dass es in der Gruppe der Patienten, die mittels des GFTPO-Programms behandelt wurden, seltener zu einem Therapeutenwechsel kam, sich insgesamt die Behandlungszeit verkürzte und die Patienten im Durchschnitt von weniger verschiedenen Therapeuten behandelt wurden. Als Begründung für die Verringerung der Anzahl der verschiedenen Therapeuten (auch Therapeutenwechsel) mutmaßen die Autoren eine durch die Verwendung des GFTPO-Programms stattfindende Verbesserung der therapeutischen Beziehung.

Ruff und Werner (1987) zeigten unter anderem einen positiven Zusammenhang zwischen differenzierten, konkreten Patientenzielen und Therapieerfolg. So wurde in dieser Studie an einer Stichprobe von 480 stationären Psychotherapiepatienten nachgewiesen, dass bereits vor der Therapie geäußerte Therapieziele prognostischen Wert für den Behandlungsverlauf haben. Die Patienten mussten zu Beginn der Therapie ihre Therapieziele definieren und deren Erreichung wiederum am Ende der Therapie einschätzen. Als vorteilhaft erwies sich eine differenzierte Einschätzung der Therapieziele von Seiten der Patienten zu Beginn der Therapie. Beispielsweise waren Therapieabbrecher besonders häufig in der Patientengruppe zu finden, die fehlende, nicht verwertbare oder undifferenzierte Antworten (z.B. psychische Besserung) auf die Frage nach ihren Therapiezielen aufwiesen. Patienten, die sich nach der Voruntersuchung nicht für eine Behandlung entschieden, hatten überdurchschnittlich oft körperliche Zielset-

zungen angegeben (Ruff & Werner, 1987). In ähnlicher Weise konnte auch Schwenn (2002) nachweisen, dass der Erfolg der Therapie von dem Differenzierungsgrad der Therapieziele abhängt.

Eine weitere Dimension von Therapiezielen, die den Therapieerfolg positiv beeinflussen kann, ist die Verwendung positiver Zielformulierungen im Gegensatz zu negativen Zielformulierungen: Positiv formulierte Zielsetzungen werden in der Literatur auch als Annäherungsziele beschrieben, im Gegensatz zu den Vermeidungszielen, welche die negativ formulierten Zielsetzungen umfassen (Coats et al., 1996; Elliott & Church, 2002). So untersuchte beispielsweise die Studie von Elliot und Church (2002) an einer Stichprobe von 98 ambulanten Psychotherapiepatienten den Zusammenhang zwischen dem Verfolgen von Vermeidungszielen (im Gegensatz zu Annäherungszielen) und der Veränderung des subjektiven Wohlbefindens. Die Ergebnisse zeigten, dass Patienten, die eher Vermeidungsziele angaben und verfolgten, einen geringeren Zuwachs an subjektiven Wohlbefinden aufwiesen als Patienten, die eher Annäherungsziele für ihre psychotherapeutische Behandlung wählten.

Ein sich ebenso auf der Therapieergebnis positiv auswirkender Faktor ist die Zielübereinstimmung oder Passung von Therapiezielen zwischen Therapeut und Patient. In Folge einer solchen Passung wird das therapeutische Arbeitsbündnis verbessert, welches in der Prozess- und Outcomeliteratur als ein bedeutsamer Faktor für eine erfolgreiche Behandlung angesehen wird (vgl. Caspar, 1999; Martin et al., 2000; Watzke, 2002). Orlinsky et al. (1994) stellten in ihrer Übersicht bezüglich der Passung zwischen Patient und Therapeut und ihrer Auswirkungen auf den Therapieerfolg fest, dass die Übereinstimmung von Patient und Therapeut bezüglich der Therapieziele zuträglich für den Therapieerfolg sind. Ebenso kommen Tryon-Shick und Winograd (2001) in ihrer zusammenfassenden Analyse entsprechender Studien (Hill, 1969; Long, 2001; Mussell et al., 2000; Safran & Wallner, 1991) zu dem Schluss, dass bei einer Übereinstimmung von Patient und Therapeut hinsichtlich ihrer Zielsetzungen sich dies positiv auf den Behandlungsprozess und somit auch positiv auf das Behandlungsergebnis auswirkt. Als Begründung führen die Autoren an, dass im Falle einer Zielübereinstimmung dies insbesondere zu Beginn der Therapie zu einer größeren Zufriedenheit des Patienten und geringerer Belastung durch die Therapie führt, was wiederum die therapeutische Arbeitsbeziehung und somit den weiteren Verlauf der Therapie positiv beeinflusst (Tryon-Shick & Winograd, 2001).

Dieses Ergebnis findet sich auch in Studien aus dem deutschsprachigen Bereich: So zeigte sich in einer umfangreichen Studie von von Rad et al. (1994), in der insgesamt 3768 Patienten

sowohl aus dem stationären wie auch ambulanten Psychotherapiebereich untersucht wurden, dass je höher die Übereinstimmung von Therapeut und Patient hinsichtlich der gewählten Therapiezielen ist, desto besser der globale Therapieerfolg eingeschätzt wird und desto stärker die Beschwerdeintensität abnimmt.

Eine Studie von Ruff und Werner (1987) konnte bei 362 stationär behandelten Patienten nachweisen, dass insbesondere bei Therapieabbrechern gehäuft keine Übereinstimmung bezüglich der Therapieziele zu Behandlungsbeginn vorlag. Schließlich konnten auch Strauß und Burgmeier-Lohse (1995) an 525 stationären Gruppensitzungen zeigen, dass eine größere Übereinstimmung zwischen dem Patienten und dem Therapeuten im Hinblick auf die Ziele der Therapie für den Behandlungserfolg günstig ist. Neben der Erreichung einer Zielübereinstimmung durch Abstimmungsprozesse zwischen Patient und Therapeut kann eine Verbesserung des Therapieprozesses und somit des Therapieergebnisses auch von einer verbesserten Passung von Patientenzielen und der therapeutischen Orientierung des Therapeuten abhängen (Eckert & Biermann-Ratjen, 1990; Sachse, 1992a; Schulte-Bahrenberg, 1990; Strauß & Burgmeier-Lohse, 1995). So formulieren beispielsweise Eckert und Biermann-Ratjen (1990) die Hypothese, dass die Passung der theoretischen Orientierung und der Therapieziele des Patienten in Zusammenhang mit dem Therapieerfolg stehen. Auch Orlinsky (1994) weist darauf hin, wie wichtig die Passung zwischen den theoretischen Grundlagen und der spezifischen Erkrankung des Patienten ist. Damit ist auch der Konsens hinsichtlich der von Therapeut und Patient verfolgten Therapieziele gemeint. Dies wurde insbesondere hinsichtlich der verhaltenstherapeutisch und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien untersucht. Anhand empirischer Ergebnisse wurde festgestellt, dass sich die Therapieziele dieser beiden vorherrschenden therapeutischen Orientierungen wesentlich voneinander unterscheiden (Ambühl et al., 1997). Würde also die Zuweisung von Patienten zu einer bestimmten Therapieform anhand der Therapieziele von Patienten erfolgen, könnte diese zu einer besseren Passung von Patientenzielen und Therapeutenzielen führen und überdies in einer Verbesserung des Therapieerfolgs münden.

Als weitere Gründe für positive Auswirkungen eines zielorientierten therapeutischen Vorgehens wird angeführt, dass sich dadurch für den Patienten die Transparenz der therapeutischen Handlungsstrategien erhöht, was von Seiten des Patienten zu einer selbstverantwortlicheren und aktiveren Teilnahme an der Therapie führt (Bastine, 1992b; Lohmann, 1980; Pöhlmann, 1999; Sack et al., 1999).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass insbesondere die Verwendung von konkreten, in Form von Annäherungszielen formulierten Therapiezielen den Therapieerfolg positiv beeinflussen. Ebenso sollte versucht werden, eine Passung zwischen den Zielen des Therapeuten und des Patienten herzustellen. Schließlich sollten Therapieziele an das Behandlungsangebot angepasst werden um so den therapeutischen Prozess günstig zu beeinflussen.

2.2.3 Differentielle Therapieziele

2.2.3.1 Therapieziele und Unterschiede zwischen Behandlungskonzepten

Da in der psychotherapeutischen Versorgung als hauptsächliche Behandlungsmethoden verhaltenstherapeutische (VT) und psychodynamisch orientierte Verfahren (PA) angewendet werden und verschiedene Studien (Ambühl et al., 1995; Ambühl et al., 1997; Arnow & Castonguay, 1996) zeigen konnten, dass diese sich hinsichtlich ihrer Zielsetzungen unterscheiden, sollen im Folgenden Unterschiede bezüglich der Zielsetzungen dieser beiden Behandlungskonzepte analysiert werden. Die Kenntnis differentieller Therapieziele psychotherapeutischer Behandlungskonzepte kann unter anderem im Rahmen der Behandlungsplanung dazu beitragen, die Passung von Therapeut und Patient anhand von Zielsetzungen zu verbessern und so möglicherweise das Therapieergebnis positiv zu beeinflussen (vgl. Kapitel 2.2.1).

Vergleicht man zunächst auf theoretischer Ebene Therapieziele unterschiedlicher therapeutischer Richtungen wird deutlich, dass je nach der zugrundeliegenden schulenspezifischen Orientierung der psychotherapeutischen Behandlung unterschiedliche Schwerpunkte bei den Zielsetzungen gesetzt werden.

McGlashan (1982) beispielsweise gruppierte nach ausführlicher Literatursichtung neun allgemeinere Therapiezielcluster psychoanalytisch/psychodynamisch orientierter Therapieformen:

- Entwicklungshemmungen aufheben (Urvertrauen und Sicherheit, Trennung und Individuation, Gewissen, Konstruktive Aggression, Sexualität)
- Aspekte des Selbst (Selbst-Verantwortlichkeit, Selbst-Identität, Selbstwertgefühl, Selbsterleben und Kontinuität mit der früheren Störung)
- Bezogenheit auf Mitmenschen (Außen- versus Innenorientierung, Beziehung zu den Eltern, Beziehung zu gleichaltrigen und Gruppen, Empathie, Intimität, Generativität)
- Akzeptierung der Realität (Verringerte Omnipotenz, Triebkontrolle und Frustrationstoleranz, Loslassen können, Realitätsprüfung)

- Erlebnisfülle und Lebendigkeit (Gefühle, Energie, Entspannung, Fähigkeit zur Freude)
- Coping-Mechanismen (Abwehrmechanismen, Soziokulturelle Anpassung und Veränderung)
- Integrative Kapazität (Ambivalenztoleranz, Kognitive Ökonomie, Übergangskapazität)
- Selbstanalytische Fähigkeiten (Selbstbeobachtung und Selbstanalyse, Wahrnehmung von Übertragung)
- Symptomreduzierung (Emotionale Symptome, Körperliche Gesundheit, Alkohol- und Substanzabusus)

Erstmals wurden in dieser Systematisierung auch Ziele auf Symptomebene miteinbezogen, hauptsächlich beziehen sich aber analytische Behandlungsziele auf Fortführung von Entwicklungsprozessen des Selbst und die Entwicklung selbstanalytischer Fähigkeiten (McGlashan, 1982).

In einer Zusammenstellung von Zielsetzungen psychodynamisch/tiefenpsychologisch orientierter Therapien von Rudolf (2002) werden als grundlegende Ziele die Aufdeckung unbewusster Konflikte und der Aufbau von Ich-Funktionen (Strukturbildung) genannt. Diese übergeordneten Zielsetzungen können nach Rudolf (2002) weiter differenziert werden. Konfliktaufdeckende Zielsetzungen sollen unter anderem durch Klarifikationen, Konfrontationen und Deutungen erreicht werden. Der Aspekt der Strukturbildung kann beispielsweise durch Behandlungstechniken wie Verbesserung der reflexiven Selbstwahrnehmung, der Affektdifferenzierung, des Affektausdrucks, der Impulssteuerung, der Selbstwertregulation oder realitätsgerechter Objektwahrnehmung erreicht werden (Rudolf, 2002).

Therapieziele nehmen bei verhaltenstherapeutischen orientierten Therapien einen wichtigen Stellenwert ein, da sich diese Therapierichtung insgesamt als zielorientiert versteht (Caspar, 1999; Kanfer et al., 2000; Reinecker, 1987; Schulte, 1986). Die Definition von zu erreichenden Therapiezielen ist nach Margraf (1996) ein integrative Bestandteile der Verhaltenstherapie. So findet in der Verhaltenstherapie vor Beginn der Behandlung eine explizite Zielbestimmung statt, welche auch die Richtung des therapeutischen Handelns bestimmt (Wipplinger & Reinecker, 1994). Das Problem ist der Ausgangspunkt der Therapie, die Lösung des Problems wird durch das Erreichen der Therapieziele gekennzeichnet. Als Ziele sind oft "Endziele" gemeint, also Ziele, mit deren Erreichung der Anlass zur Psychotherapie entfällt. Hauptziel ist dabei die Symptombeseitigung. In kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen stehen also im Gegensatz zu psychodynamisch orientierten Therapien konkretere

Behandlungsziele im Vordergrund, die stärker diagnosespezifisch und überwiegend verhaltensbezogen sind.

Im Folgenden werden einige Studien, welche die Unterschiede von Zielsetzungen verschiedener therapeutischer Orientierungen untersucht haben, dargestellt.

Böcker und Breuer kamen schon 1980 zu dem Ergebnis, dass die Zielsetzungen von Therapeuten unterschiedlicher therapeutischer Richtungen variieren. Sie unterteilten 28 an der Untersuchung teilnehmenden Therapeuten unter anderem in eher verhaltenstherapeutisch und tiefenpsychologisch bzw. psychoanalytischer Orientierung. Es zeigte sich, dass psychoanalytisch und tiefenpsychologisch arbeitende Psychotherapeuten eher Aspekte aktueller Krisenbewältigung, persönlicher Beziehung und Wahrnehmung unbewusster Emotionen als Behandlungsziele akzentuieren (Böcker & Breuer, 1980).

In einer weiteren Studie (Hill & O'Grady, 1985) wurden 42 Therapeuten unterschiedlicher theoretischer Orientierung (unter anderem psychoanalytisch/tiefenpsychologisch und verhaltenstherapeutisch orientierte Therapeuten) eine Liste mit 19 Zielsetzungen vorgegeben. Therapieziele, wie die Verbesserung von Gefühlswahrnehmung und -ausdruck oder die Verbesserung der Selbstreflexion und Einsichtsfähigkeit korrelierten höher mit psychoanalytischen Behandlern, Zielsetzungen wie Verhaltensänderung, Grenzen erkennen und setzen sowie Veränderungen verstärken waren häufiger bei verhaltenstherapeutisch orientierten Therapeuten zu finden.

Ambühl et al. (1995) erfassten in einer internationalen Studie unter anderem Therapieziele, welche die Therapeuten für ihre Patienten als wichtig erachteten. Hierfür wurden Therapeuten verschiedener therapeutischer Richtungen befragt, insbesondere analytisch bzw. kognitiv-verhaltenstherapeutisch tätige Therapeuten. Die Therapeuten sollten unter 16 vorgegebenen Therapiezielen die vier für sie am wichtigsten angeben, das waren wie folgt: „ein starkes Selbstwert- und Identitätsgefühl haben“, „eine neue Sicht der Gefühle, Motive und/oder Verhaltensweisen zu erlangen“, „die Qualität von sozialen Beziehungen zu verbessern“ und „den Mut entwickeln, sich auf neue oder bisher vermiedene Situationen einzulassen“. Es fanden sich sechs Ziele, die insbesondere zwischen analytisch bzw. kognitiv-verhaltenstherapeutisch tätigen Therapeuten maximal differenzieren: „das Erleben von Gefühlen ganz zulassen“, „unterdrückte oder abgetrennte Aspekte der Erfahrung zu integrieren“, „zu lernen, problematische Situationen effektiv zu bewältigen“, „problematische Verhaltensweisen zu verändern oder zu kontrollieren“, „eine Abschwächung von Symptomen zu erleben“ und „die eigenen Ziele zu erkennen und zu verfolgen“ (Ambühl & Orlinsky, 1999). Beispielsweise schätzen 30

bis 40% der analytischen Therapeuten die Möglichkeit des Ausdrucks von Gefühlen in der Therapie als wichtig ein, verglichen mit nur 8% der kognitiv-behavioralen Therapeuten. Ein vergleichbares Bild zeigt sich bei dem Ziel, unterdrückte oder abgetrennte Aspekte der Erfahrung zu integrieren. 40 bis 45% der analytisch-psychodynamischen Therapeuten kreuzten dieses Ziel an, wohingegen nur 6% der kognitiv-behavioralen Therapeuten das Ziel als ihnen wichtig einschätzten. Für kognitiv-behaviorale Therapeuten sind vor allem Ziele wichtig, die auf eine Veränderung des Verhaltens und eine Reduzierung der Symptomatik abzielen, wie zum Beispiel „Lernen, problematische Situationen effektiv zu bewältigen“ (58%) und „Lernen, problematische Verhaltensweisen zu verändern und zu kontrollieren“ (51%). Diese Ziele werden von den analytisch-psychodynamischen Therapeuten nur vergleichsweise selten gewählt.

Zusammenfassend schlussfolgern Ambühl und Orlinsky (1997), dass die analytisch-psychodynamischen Therapieformen als wichtig erachten, dass ihre Patienten in ihrem Selbstwert- und Identitätsgefühl gestärkt werden, dass sie das Erleben von Gefühlen und unterdrückte oder abgetrennte Aspekte der Erfahrung zulassen können, dass sie eine neue Sicht der Gefühle, Motive und/oder des Verhaltens erlangen, dass sie den Mut entwickeln, sich auf neue, bisher vermiedenen Situationen einzulassen, und dass sie die Qualität ihrer sozialen Beziehungen verbessern. Bei den kognitiv-behavioral orientierten Therapeuten ergab sich eine unterschiedliche Zielhierarchie: Obwohl auch hier ein Fokus auf die Stärkung des Selbstwertgefühls gelegt wird, hier also ein schulenübergreifender Konsens herrscht, stehen eher Zielsetzungen der Problem- und Alltagsbewältigung im Vordergrund. Patienten sollen lernen, problematische Situationen effektiver zu bewältigen, problematische Verhaltensweisen zu kontrollieren und zu verändern, den Mut entwickeln, außerhalb der Therapie neue Erfahrungen zu machen und eine Abschwächung der Symptome zu erleben. Im Vordergrund steht hier eine aktive Hilfe zur Problembewältigung. Der Patient soll reale Erfahrungen machen, besser mit seinen Problemen umgehen zu können.

In einer vergleichbaren Studie von Arnow und Castonguay (1996) konnte anhand der Bearbeitung von vier Fallvignetten durch 15 Therapeuten entweder tiefenpsychologisch oder verhaltenstherapeutischer Orientierung gezeigt werden, dass tiefenpsychologisch/psychodynamisch orientierte Therapeuten eher Zielbereiche auswählten, die intrapsychische und interpersonelle Veränderungen anstrebten. Ein laut den Autoren überraschendes Ergebnis ist das Fehlen von Unterschieden zwischen Therapeuten aus beiden therapeutischen Orientierungen hinsichtlich des Zielbereichs „Symptomreduktion“. Insgesamt waren die

Zielsetzungen von psychodynamisch orientierten Therapeuten übergreifender und beinhalteten neben einer Verringerung der Symptomatik auch übergeordnetere Zielsetzungen wie „Verständnis für die eigenen Biographie entwickeln“ (Arnow & Castonguay, 1996).

In der folgenden Tabelle wurde versucht, die oben dargestellten differentiellen therapeutischen Zielsetzungen 21 Zielbereichen (vgl. Kapitel 5.1.2) zuzuordnen, um so die bestehende Literatur zu Unterschieden zwischen den beiden therapeutischen Richtungen hinsichtlich ihren Zielsetzungen zusammenzufassen.

Tabelle 1 Differentielle Zielsetzungen: Behandlungsverfahren

Zielsetzungen	therapeutisches Verfahren	
	verhaltenstherapeutisch	psychodynamisch
Symptomreduktion	1 [#] , 2 [#] , 3 [*] , 4 [*]	
Emotion	1 [#]	1 [#] , 3 [*] , 4 [*] , 5 [*]
Kognition	1 [#] , 2 [#] , 4 [*]	
Soziale Kompetenz		3 [*] , 4 [*] , 5 [*]
intrapsychische Aspekte		1 [#] , 4 [*]
Aspekte des Selbst		3 [*] , 4 [*] , 5 [*]
Realitätsakzeptanz		3 [*] , 5 [*]
Biographie	4 [*]	1 [#]
Motivierung	1 [#]	5 [*]
Leistungsfähigkeit		
vegetative Beschwerden	3 [*]	
Schmerzbewältigung		
Risikofaktoren		
Informationsvermittlung		
Risikoverhalten	2 [#]	
Gesundheitsverhalten		
Stressbewältigung	1 [#] , 2 [#] , 4 [*]	
Arbeitsfähigkeit		
interpersonelle Probleme	3 [*]	3 [*] , 5 [*]
Alltagsbewältigung		
Zukunftsperspektiven		

Anmerkungen: * Lehrbuch; # empirische Studie

1: Ambühl et al. (1997); 2: Arnow & Castonguay (1996); 3: McGlashan (1982); 4: Rudolf (2002); 5: Rudolf (2000)

Zusammenfassend zeigt sich, dass **verhaltenstherapeutisch orientierte Verfahren** im Wesentlichen Zielbereiche wie „Symptomreduktion“, „kognitive Aspekte“, „soziale Kompetenz“, „Risikoverhalten“, „Informationsvermittlung“, „Gesundheitsverhalten“ und „Stressbewältigung“ fokussieren. Im Gegensatz dazu bearbeiten **psychodynamisch orientierte Verfahren** eher Bereiche wie „emotionale Aspekte“, „intrapsychische Konflikte“, „Selbstwert“, „Realitätsakzeptanz“, „Motivierung“ sowie „interpersonelle Probleme“.

2.2.3.2 Therapieziele und Unterschiede zwischen diagnostischen Gruppen

In diesem Abschnitt wird versucht, die in der Literatur gefundenen diagnosespezifischen Behandlungsziele zusammenzufassen und ebenfalls durch Zuordnung zu den in Kapitel 5.1.2 dargestellten 21 Zielbereichen Unterschiede zu identifizieren. Es zeigte sich, dass hinsichtlich diagnosespezifischer differentieller Zielsetzungen bisher erst wenige empirische Studien vorliegen (Berking, 2004; Berking et al., 2001; Brockmann, 2001; Faller & Gossler, 1998; Grosse-Holtforth & Grawe, 2002; McIntosh et al., 2000). Aussagen über differentielle Zielsetzungen für unterschiedliche Diagnosegruppen lassen sich aber zusätzlich aus entsprechenden diagnosespezifischen Therapiemanualen und Lehrbüchern entnehmen (American Psychiatric Association, 2002; Ehlers, 1999; Hautzinger, 2000; Jacobi et al., 2000; Margraf & Rudolf, 1999; McGlashan, 1982; Rief & Hiller, 1998; Rudolf, 2000, 2002; Schneider & Margraf, 1998), dann jedoch ohne expliziten empirischen Hintergrund. Durch die Bezugnahme auf diagnosespezifische Therapiemanuale und Lehrbücher ergibt sich ein zusätzliches Problem dahingehend, dass die Mehrzahl der entsprechenden Literatur verhaltenstherapeutisch orientiert ist. Dies ist darauf zurückzuführen, dass innerhalb der psychodynamisch orientierten Therapieformen Behandlungskonzepte und therapeutische Verfahren nicht diagnosespezifisch orientiert sind, sondern unabhängig von den Diagnosen ätiologische Aspekte der Störung bearbeiten. In Tabelle 2 sind die gefundenen Unterschiede im Überblick dargestellt.

Tabelle 2 Differentielle Zielsetzungen: Diagnosegruppen

Zielsetzungen	Diagnosegruppen					
	Depressive Störungen	Angststörungen	Belastungs- u. Anpassungsstörungen	Somatoforme Störungen	Essstörungen	Suchterkrankungen
Symptomreduktion	2 [#] , 3 [#] , 11 [#]	2 [#] , 4*, 3 [#] , 11 [#]	6*	5*		7*
Emotion						
Kognition	1*	4*	6*		9*, 7*	7*
Soziale Kompetenz	1*	10*				7*
intrapyschische Aspekte					9*, 7*	
Aspekte des Selbst	2 [#] , 11 [#]					
Realitätsakzeptanz				5*	9*, 7*	
Biographie	2 [#]		6*			
Motivierung				5*	9*, 7*	7*
Leistungsfähigkeit						
vegetative Beschwerden				3 [#]		
Schmerzbewältigung	11 [#]					
Risikofaktoren					9*, 7*	7*
Informationsvermittlung		4*	6*, 6*	5*, 5*	9*, 7*	
Risikoverhalten	1*	4*				7*
Gesundheitsverhalten					9*	
Stressbewältigung	2 [#] , 11 [#]	4*11 [#]	6*	5*		
Arbeitsfähigkeit	11 [#]					7*
interpersonelle Probleme	2 [#] , 3 [#]	10*		3 [#]	8*, 7*	
Alltagsbewältigung	1*	10*				
Zukunftsperspektiven						

Anmerkungen: * Lehrbuch; # empirische Studie

1: Hautzinger (2000); 2: Grosse-Holtforth & Grawe (2002); 3: Faller & Gossler (1998); 4: Schneider & Margraf (1998); 5: Rief & Hiller (1998); 6: Ehlers (1999); 7: American Psychiatric Association (2002); 8: McIntosh et al. (2000); 9: Jacobi et al. (2000); 10: Margraf & Rudolf (1999); 11: Berking (2004)

Entsprechend der zitierten Literatur spielen die Hauptkategorien „soziale Kompetenz“, „interpersonelle Probleme“, „biographische Aspekte“, „Selbstwert“, „Schmerzbewältigung“ sowie „Fokussierung der zugrundeliegende intrapsychische Konflikte“ bei **Depressiven Störungen** eine dominante Rolle, wohingegen bei **Angststörungen** ein stärkerer Fokus auf „Symptomreduktion“, „Informationsvermittlung über die Erkrankung“ und „Stressbewältigung“ liegt. **Belastungs- und Anpassungsstörungen** haben besondere Schwerpunkte in den Bereichen „biographische relevante Ereignisse“ und „Vermittlung von Informationen über die Erkrankung“, **Somatoforme Störungen** hingegen beinhalten Behandlungsschwerpunkte wie „Motivierung“, „Linderung vegetativer Beschwerden“ oder „Schmerzlinderung“. Im Bereich der

Essstörungen spielen Zielbereiche wie „intrapyschische Konflikte“, „Realitätsakzeptanz“ sowie die „Verringerung Risikofaktoren-/ Verhalten“ eine vorherrschende Rolle, **Suchterkrankungen** werden hingegen vornehmlich innerhalb von Zielbereichen wie „soziale Kompetenz“, „Realitätsakzeptanz“, „Motivierung“, „Reduktion von Risikoverhalten“ und „Arbeitsfähigkeit“ behandelt.

2.3 Therapieziele im Rahmen von individualisierter Ergebnismessung

2.3.1 Warum individualisierte Ergebnismessung?

Bezüglich der Überprüfung von Therapieerfolgen spielen insbesondere Fragen der Veränderungsmessung eine zentrale Rolle. Grundlage aller Veränderungsmessungen ist der Vergleich von Ist-Zuständen mit vor der Behandlung definierten Soll-Zuständen. Stieglitz und Baumann (2001) beschreiben folgende Möglichkeiten, um Veränderungen im Verlauf der Therapie zu erfassen:

- indirekte Veränderungserfassung
- direkte Veränderungserfassung
- Beurteilung des Status nach Therapieende
- Beurteilung der Therapiezielerreichung

Bei der indirekten Veränderungsmessung werden die verwendeten Informationen in der Regel über die Bildung von Differenzen zwischen zwei Statusbeurteilungen (z.B. Differenz zwischen den Werten zu Beginn und am Ende der Therapie) gewonnen. Bei der direkten Veränderungsmessung werden die subjektiv erlebten Veränderungen durch die Person direkt eingeschätzt, es findet somit nur ein Messzeitpunkt statt. Es entstehen Aussagen zur Umschreibung der Veränderung in Vergleichsform (z.B. besser/gebessert oder schlechter/verschlechtert) (Stieglitz & Baumann, 2001).

Die Bedeutung von Therapiezielen im Bereich der Veränderungsmessung zeigt sich bei den letzten beiden Punkten: Veränderungen lassen sich neben den zuerst genannten beiden Punkten auch durch die Beurteilung des Status nach Therapieende bestimmen. Hier wird am Ende einer Behandlung geprüft, ob die durch die Behandlung erzielten Veränderungen innerhalb oder außerhalb eines bestimmten Normbereichs liegen. (Stieglitz & Baumann, 1994).

In diesem Rahmen entstand auch das Konzept der klinischen Signifikanz. Jacobson et al. (1984) schlugen statistische Methoden vor, welche die Bedeutsamkeit der Veränderung, die

Patienten am Ende einer Therapie erreichen, aufzeigen sollten. Eine klinisch bedeutsame Befindlichkeitsverbesserung tritt in diesem Konzept dann ein, wenn das Ergebnis eines Patienten eher im Bereich der „Gesunden“ als bei den „Kranken“ liegt und diese so groß ausfällt, dass ein Patient sich von dem dysfunktionalen in den funktionalen Bereich verändert und diese Veränderungen gleichzeitig statistisch reliabel sind, also den Bereich des Messfehlers überschreiten (Lambert & Hill, 1994). Kazdin (1999) kritisiert jedoch die momentan vorherrschenden Verfahren zur Bestimmung des Status nach Therapieende im Sinne der klinischen Signifikanz, da seiner Meinung nach immer noch nicht ausreichend Klarheit über die individuell relevanten Outcomeparameter besteht. Um genau diese individuell relevanten Bereiche identifizieren zu können, für die eine derartige Veränderung relevant ist, müssen diese erst in klar definierte, unterscheidbare homogene Einheiten unterteilt werden, weswegen Kazdin (1999; 2001) unter anderem die Erfassung von Therapiezielen fordert, um so die individuell relevanten Outcomeparameter bestimmen und für die Messung der klinischen Signifikanz nutzen zu können. Realisiert wurde diese Vorgehensweise beispielsweise in der PROTOS-Studie (Gerdes, Weidemann et al., 2000), welche in Kapitel 3.3 näher erläutert wird.

Eine weitere Möglichkeit zur Messung des Behandlungserfolgs stellt die Methode der direkten Zielerreichungserfassung dar. Mit diesem Ansatz wird versucht, die Veränderung im Vergleich zu einem Ausgangszustand (zu Therapiebeginn) abzubilden. Als Waskow und Parloff (1975) eine „core battery“ zur Messung des Outcomes von psychotherapeutischen Behandlung vorschlugen, war auch die Empfehlung der Verwendung von Therapiezielen zur Evaluation der Behandlung enthalten. Seitdem wird die Bedeutung von Therapiezielen für eine individuelle Outcomemessung von zahlreichen Autoren betont (Ambühl & Strauß, 1999; Caspar, 1999; Grawe et al., 1994; Heuft et al., 1996; Kaltreider et al., 1981; Kordy & Hannover, 1999; Lambert & Hill, 1994; Mintz & Kielder, 1984; Stieglitz & Baumann, 1994; Vogel et al., 1994).

Vorteile einer zielorientierten Evaluationsstrategie liegen unter anderem darin, dass hier keine für den Patienten irrelevanten Parameter erfasst werden und insofern die Effekte einer Behandlung nicht „verwässert“ werden (vgl. Gerdes, 1996; Zwingmann, 1996). Im Gegensatz hierzu werden bei der Verwendung von generischen Outcomeinstrumenten, bei denen die Zielparameter in operationalisierter Form für alle Patienten vorgegeben werden und daraufhin geprüft werden, ob sich bei den Mittelwerten der einzelnen Parameter signifikante Veränderungen ergeben haben, zwangsläufig auch irrelevante Dimensionen erfasst (Kiresuk & Smith, 1994). Dadurch enthält zum einem jeder Summenscore von einzelnen Patienten auch Parame-

ter, die für die Behandlung dieses Patienten irrelevant waren. Andererseits enthält auf der Ebene von Stichproben jeder Mittelwert über eine einzelne Variable fast regelmäßig viele Patienten, für die diese Variable unauffällig ausgeprägt war und keinen bedeutsamen Beschwerdebereich darstellte. Da sich aber die anfangs unauffällig ausgeprägten (und im betreffenden Einzelfall unbedeutsamen) Variablen möglicherweise gar nicht verändern oder unter Umständen gar verschlechtern werden, wird deutlich, dass die „Überkomplexität“ der Daten ganz systematisch zu einer Nivellierung der gemessenen Effekte führt (Gerdes & Jäckel, 1996; Maurischat et al., 2000). Die Summenscores der Patienten enthalten unwichtige Variablen, die sich nicht verbessert haben und so einen verringerten Einfluss auf die Summenscores und damit auch auf die Mittelwerte für eine Stichprobe haben, so dass der Effekt der Behandlung unterschätzt wird (Zwingmann, 1996).

Diese Argumentation fällt vor allem dann ins Gewicht, wenn individuelle Therapieverläufe interessieren. Generische Outcomeinstrumente sind häufig nicht hinreichend sensitiv um Veränderungen eines Patienten, welcher sich tatsächlich klinisch beobachtbar verändert hat, abzubilden. Dies liegt unter anderem daran, dass bei individuellen Vergleichen Messfehler stärker ins Gewicht fallen: Nach Smith et al. (1998) müsste als Folge die Reliabilität der Messung von prä und post in die Effektstärkenberechnung einbezogen werden, was aber nicht gängige Praxis ist. Hinzu kommt, dass generische Instrumente sich auf wenige Bereiche konzentrieren müssen, um praktikabel zu bleiben. Als Folge bleiben aber viele, individuell relevante Bereiche unbeachtet, und gleichzeitig wird der Patient auf vielen für ihn irrelevanten Bereichen gemessen. Dadurch entsteht für die Veränderungsmessung ein gewisses Störrauschen, da geringe Veränderungen auf Skalen mit eingehen (und somit die Gesamtveränderung kleiner werden lassen), die für den Patienten nicht relevant waren (Gerdes, 1996).

Der Aspekt der Messung von Veränderung und der Ergebnisqualität durch Therapieziele gewinnt insbesondere im Bereich des Effektivitätsvergleichs verschiedener Therapieansätze an Bedeutung (Grawe et al., 1994; Sack et al., 1999). Wird beispielsweise eine vergleichende Evaluation angestrebt, müssen von beiden Therapierichtungen die gleichen Ziele angestrebt werden oder ihnen müssen die gleichen Therapieziele vorgegeben werden können (Hager et al., 1999). Somit sind theorienübergreifende Zielformulierungen notwendig, um bessere Voraussetzungen für Therapievergleiche und Vergleiche mit alternativen Programmen oder Standards zu schaffen und so zu einer Optimierung individueller therapeutischer Interventionen beizutragen (Koch & Schulz, 1997; Schulte, 1993).

Jedoch entstehen im Rahmen der Verwendung einer zielorientierten Outcomemessung nach Mintz und Kielder (1984) auch Probleme: Unklar ist zum Beispiel die Art und Weise, wie die Zielerreichung eingeschätzt werden soll, also durch Berechnung der Differenz zwischen den Prä- und Post-Werten oder durch Einschätzung der Verbesserung am Ende der Behandlung. Ebenso ist der Aspekt, durch wen (Fremd- oder Selbstbeurteilung) die Zielerreichung eingeschätzt werden sollte, zu diskutieren. Problematisch ist auch die Frage, wann Therapieziele gesetzt werden sollen. Werden sie direkt zu Beginn der Behandlung formuliert, sind sie oftmals noch zu abstrakt und ungenau, und es kommt möglicherweise im Fortlauf der Therapie zu Zielveränderungen. Werden Ziele erst im Verlauf der Therapie gesetzt, widerspricht dies den Forderungen einer Prä-Post-Messung, bei der Anfangs- und Endzustand verglichen werden müssen. Werden verschiedene Ziele ausgewählt, stellt sich die Frage der Kombination und Gewichtung dieser unterschiedlichen Zielbereiche. Schließlich sind Therapiezieldefinitionen auch wesentlich vom Verlauf der Behandlung abhängig. So konnten Hill und O'Grady (1985) zeigen, dass sich die Ziele der Therapeuten und Patienten im Laufe der Therapie verändern. So waren zu Beginn der Therapien Ziele vorrangig wie z.B. „Information bekommen“, „Unterstützung“, „Aufklärung“, im Laufe der Therapie wurden aber Ziele wie „Einsicht“, „Veränderung“ und „Veränderung verstärken“ immer wichtiger.

In einer Untersuchung an 44 Patienten wurden die zu Beginn einer Behandlung formulierten Therapieziele erfasst (Sorenson-Lehmann et al., 1985). Hier formulierten im Verlauf der Therapie 56% der Patienten neue Ziele.

Hasler und Schnyder (2002) erklären diese Zielveränderungen im Verlauf der therapeutischen Behandlung vor dem Hintergrund des Transtheoretischen Modells von Prochaska und Norcross (1999), wonach der Patient hinsichtlich der Zielsetzung verschiedene motivationale Stadien durchläuft (*precontemplation, contemplation, preparation*), um dann in der Phase „Action“ zu versuchen, sein Ziel aktiv zu erreichen. Dann gelangt der Patient zu einer tieferen Veränderungsebene, wo er eine neue Zielsetzung in den genannten Stadien bearbeiten kann. Diese Veränderungsebenen sind hierarchisch aufgebaut und haben als oberste Ebenen die Symptomebene, dann interpersonelle Konflikte und schließlich intrapersonelle Konflikte (Hasler & Schnyder, 2002).

In Übereinstimmung damit zeigten sich in einer Untersuchung von Ruff und Werner (1987) Änderungsraten von 40 bis 50%, nur circa die Hälfte von 362 Patienten gaben keine Veränderung der Zielsetzungen im Laufe der Therapie an. Hier wurde die Zielsetzung lediglich durch die Patienten vorgenommen, es resultierten dementsprechend relativ abstrakte und globale

Zielformulierungen. Sack et al. (1999) hingegen fanden in ihrer Untersuchung lediglich bei 7% der Patienten Zielveränderungen im Verlauf der Therapie. Als Begründung für diese eher geringe Veränderungsrate geben sie die ausführliche Zieldefinitionsphase an, die gemeinsam zwischen Patienten und Therapeut stattfand. Die Wahrscheinlichkeit einer Zielveränderung im Verlauf der Therapie scheint also von der Qualität der Eingangs formulierten Ziele abhängig zu sein.

Es gibt eine Reihe verschiedener Verfahren zur zielorientierten Ergebnismessung, die im Folgenden beschrieben werden.

2.3.2 Target complaints

Das Verfahren der „Target Complaints“ (TC) wurde von Battle et al (1966) entwickelt. Es ist ein Instrument zur individualisierten Messung des Outcomes von Psychotherapie, welches das Rating eines jeden spontan von dem Patienten berichteten „target complaints“ für die Evaluation von Veränderung benutzt. TC wurden unter anderem als Bestandteil einer „Core Group“ von Outcomeinstrumenten im Rahmen der Psychotherapieforschung empfohlen (Waskow & Parloff, 1975). Das Vorgehen besteht aus dem einfachen Abfragen der individuellen Beschwerden. Die genannten Probleme werden aufgezeichnet und zu Beginn der Behandlung auf einer 13-stufigen visuellen Analogskala mit einer fünfstufigen Einteilung von „Wie sehr stört sie das Problem“ von „könnte nicht schlimmer sein“ bis „überhaupt nicht“ hinsichtlich des Schweregrades eingeschätzt. Nach Abschluss der Behandlung wird dann eine Einschätzung des Behandlungserfolges hinsichtlich der „target complaints“ auf einer fünfstufigen Rating-Scala von „schlechter“ bis „viel besser“ vorgenommen.

Vorteile dieses Verfahrens liegen in der Kürze der benötigten Bearbeitungszeit, der einfachen, flexiblen Verwendbarkeit in unterschiedlichen Settings und Problembereichen (Deane et al., 1997).

Probleme bei der Anwendung des Verfahrens ergeben sich allerdings dadurch, dass zum einen in bisherigen Studien kein einheitliches Verfahren zur Erfolgsmessung verwendet wurde, da manche Studien prä/post-Vergleiche benutzten, manche lediglich die Verbesserungseinschätzung am Ende der Behandlung als Ergebnisseinschätzung verwenden. Waskow und Parloff (1975) empfehlen eine einheitliche Verwendung der prä/post-Beschwerdeeinschätzung. Im Weiteren wurde die Skalierung über verschiedene Studien hinweg nicht konstant beibehalten, wodurch Probleme hinsichtlich der Vergleichbarkeit entstehen. Ein ähnliches Problem betrifft die Anzahl der erhobenen „target complaints“, die über die verschiedenen Studien hinweg

erheblich variiert. Beispielsweise folgt daraus das Problem, dass ein Patient mit einer Vielzahl von Problemen in mittlerer Ausprägung geringer belastet ist als ein Patient mit nur einem Problem in hoher Ausprägung. Das Problem der Multimorbidität wird also nicht ausreichend differenziert erfasst. Zusätzlich zu den bereits genannten Einschränkungen des Verfahrens werden geringe Reliabilitätskennwerte berichtet, vor allem im Rahmen eines Vergleichs von patientenseitigen und therapeutenseitigen Ergebnisseinschätzungen (Mintz & Kielder, 1984).

Da insbesondere ein Mangel an Untersuchungen bezüglich Validitätsaspekten bestand, wurden diese von Deane et al. (1997) in einer neueren Untersuchung an einer Stichprobe von 138 Patienten überprüft. Hierfür wurde sowohl ein Therapeuten- wie auch Patientenbogen zusammen mit mehreren Outcomeinstrumenten zu Beginn und zwei Monate nach Ende der Therapie eingesetzt. Validitätskennwerte zeigten zufriedenstellende Ergebnisse. So ließen sich hohe Korrelationen der Ergebnismessung mit den „target complaints“ mit Gesamtbeschwerdeinschätzungen von Therapeuten und standardisierten Outcomemaßen zeigen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Verfahren der „target complaints“ Mängel hinsichtlich einer einheitlichen Verwendung und Standardisierung aufweist, jedoch gut für die Evaluation von verschiedenen Patientengruppen innerhalb eines Therapieprogramm nutzbar ist. So empfiehlt sich die Anwendung dieses Verfahrens nach Mintz und Kielder (1984) insbesondere bei Studien des Therapieoutcomes mit heterogenen Patientenpopulationen mit verschiedenen Problembereichen und für Programmevaluationsstudien, die darauf abzielen, die Effektivität von Programmen, die verschiedene Behandlungen einer heterogenen Patientenpopulation zukommen lassen, zusammenfassend darzustellen.

2.3.3 Goal-Attainment-Scaling

Eine weitere Möglichkeit zur individualisierten Messung des Erfolgs einer durchgeführten Behandlungsmaßnahme stellt das weit verbreitete Verfahren des Goal-Attainment-Scaling (GAS) dar. Dieser Ansatz geht auf Kiresuk und Sherman (1968) zurück und kann als Oberbegriff für eine Reihe teilweise unterschiedlicher Vorgehensweisen angesehen werden. Ein gemeinsamer Nenner besteht darin, dass das Ergebnis einer Behandlung durch Kriterien erfasst werden soll, die auf die Bedürfnisse und Fähigkeiten des Patienten zugeschnitten sind. Deswegen werden die Probleme und vor allem die darauf bezogenen Ziele für jeden einzelnen Patienten erhoben. Die Zielerreichung wird jedoch nach einer allgemeinen Regel formuliert und bewertet. Das Verfahren wurde unter anderem entwickelt, um einerseits die relative Unflexibilität der üblicherweise verwendeten standardisierten Verfahren zu vermeiden, ande-

rerseits um interpretierbare Vergleiche verschiedener Behandlungsverfahren zu ermöglichen, da diese vergleichbare Zielsetzungen benötigen (Hager et al., 2000).

Das Verfahren beinhaltet folgende grundlegende Schritte (vgl. Kiresuk & Smith, 1994):

1. Erarbeitung einer Liste (normalerweise 3-5) von für den Patienten relevanter Zielbereiche nach dem Erstgespräch
2. numerische Gewichtung der Zielbereiche (optional)
3. Wahl des Follow-Up-Zeitpunktes (normalerweise das Ende der Behandlung). Hier wird der Beobachtungszeitraum der Evaluation festgesetzt.
4. Spezifizierung des am wahrscheinlichsten zu erwartenden Ergebnisses (gesetzt den Fall, der Patient erhält eine effektive Behandlung). Diese Spezifizierung sollte ein konkretes Verhalten darstellen, welches direkt beobachtbar ist.
5. Vervollständigung anderer möglicher Therapieergebnisse, die auf einer fünfstufigen Skala erfasst und durch direkt beobachtbare oder abfragbare Ereignisse objektiviert werden. Diese Zielerreichungsskala reicht von -2 (= das schlechteste erwartete Ergebnis) über 0 (= das erwartete Ergebnis) bis +2 (= das optimal zu erwartende Ergebnis). Diesem Konstruktionsprinzip wird als Idee eine „Normalverteilung“ zugrundegelegt. Einen Verlauf, den man für den größten Teil von Patienten mit gleicher Problematik unter „normalen“ Bedingungen erwarten würde (z. B. 68%) bewertet man mit 0; mit +1 wird der – verbesserte – Zustand gekennzeichnet, der für etwa 14% dieser Patienten unter den gleichen Bedingungen als erreichbar erscheint; und schließlich wird mit +2 eine Entwicklung eingeschätzt, die nur für eine kleine Gruppe von etwa 2% erwartet wird (negative Entwicklungen werden analog skaliert). Eine Normalverteilungsannahme mit einem Mittelwert von 50 bei erwartungsgemäßer Zielerreichung und einer Standardabweichung von ± 10 konnte in verschiedenen Studien bestätigt werden (vgl. Weis & Potreck-Rose, 1987). Durch diese Standardisierung werden Direktvergleiche möglich, einerseits zwischen Individuen, andererseits auf Makroebene zwischen verschiedenen Therapieprogrammen.
6. Bewertung der Zielerreichung am Ende der Behandlung. Als Erfolgskriterium gilt das Erreichen bzw. das Übertreffen des Erwartungswertes 0.
7. Berechnung des GAS-Scores durch Summierung der Skalenwerte des Patienten, adjustiert entsprechend den optionalen Gewichtungsfaktoren, der variierenden Anzahl von Zielen und der Interkorrelation zwischen den GAS-Skalen. Dieser Rohwert lässt sich als ein

Durchschnittswert in Form einer T-Standardisierung zu einem allgemeinen Zielerreichungsscore umrechnen (Stieglitz & Haug, 1995). Man erhält dadurch einen globalen Zielerreichungsindex, der verdeutlicht, in welchem Ausmaß die Outcomeerwartungen bestätigt wurden. Die individuellen Zielinhalte spielen also keine Rolle mehr. Es wird nur noch die Zielerreichung beachtet, unabhängig von den Inhalten der Zielsetzungen (vgl. Kordy & Hannover, 1999).

Nach Smith et al. (1998) liegt ein wesentlicher Gewinn durch die Anwendung des GAS darin, dass das Therapieergebnis mit dem zu erwartenden Outcome verglichen wird. Dadurch wird ein relatives Bewertungskriterium gewählt, was an der Situation des Patienten zu Behandlungsbeginn orientiert ist. Der absolute Betrag der Veränderung ist somit zweitrangig. Dadurch ist das Verfahren sehr praxisorientiert und besitzt hohe klinische Relevanz. Es erfolgt also eine Objektivierung der Erfolgsmessung und ist dementsprechend in unterschiedlichen Behandlungssettings anwendbar. Durch diese universelle, flexible Einsetzbarkeit werden Vergleiche zwischen verschiedenen therapeutischen Maßnahmen und Störungsbereichen ermöglicht und objektivierbar (Kiresuk und Lund, 1977). Der Therapieerfolg wird präziser erfasst, da bei individuellen Ergebnismessungen unwesentliche Variablen, auf denen keine Veränderungen erwartet werden, ausgespart bleiben. Weitere positive Aspekte dieser Methode liegen in therapiebezogenen Auswirkungen der Durchführung des GAS. So konnte in verschiedenen Studien gezeigt werden, dass sich die Formulierung von Therapiezielen positiv auf den Therapieprozess niederschlägt und folglich zu besseren Therapieergebnissen führen kann (vgl. Kapitel 2.2.2).

Einschränkung des Verfahren ergeben sich in vielerlei Hinsicht: Zunächst einmal ist das Verfahren unökonomisch in Ein- und Durchführung, da die Durchführung der genannten einzelnen Schritte einen beträchtlichen Zeitaufwand erfordert, insbesondere die Operationalisierung der Zielparameter. Durch die Spezifizierung von Verhalten, anhand dessen das Therapieergebnis beurteilt werden soll, wird ein komplexer Bereich in vereinfachender Weise dargestellt. Diese Operationalisierung eines komplexen Phänomens ist wohl für viele Patienten eine Überforderung, weswegen die Zielauswahl meist durch die Behandler erfolgt und zu einer erhöhten zeitlichen Belastung führt. Als nachteilig erweisen sich auch die in der Literatur als eher schlecht bewerteten psychometrischen Eigenschaften (vgl. Lambert & Hill, 1994). Im Hinblick auf die Beurteilerübereinstimmung in der Einschätzung der Zielerreichung zeigten sich bei Calsyn und Davidson (1978) z.B. nur mäßige Werte. Hinsichtlich Aspekten der Validität sind beispielsweise die Korrelationsmaße der GAS-Werte mit Werten der Erfolgs-

beurteilung, die durch standardisierte Messinstrumente zustande kamen, eher gering. Ebenso zeigten Studien, die GAS-Werte mit anderen Bewertungen der Verbesserung über den Therapieverlauf (z. B. Patientenzufriedenheit, Bewertungen durch die Therapeuten) korrelierten, keine zufriedenstellenden Validitätskennwerte (Garwick, 1974). Nach Wipplinger und Reinicker (1994) hängen diese Einschränkungen hinsichtlich Reliabilität und Validität unter anderem mit der Fähigkeit des Therapeuten und des Patienten zusammen, realistische Zielerreichungsschätzungen abzugeben. So mündet eine niedrige Ergebniserwartung mit größerer Wahrscheinlichkeit in einen rechnerischen Therapieerfolg. Ein Nachteil ist auch darin zu sehen, dass die Zielerreichung ungeachtet des Inhalts quantifiziert wird, und somit nur Aussagen über den Grad der Zielerreichung gemacht werden können, aber nicht darüber, was erreicht werden wollte (Grosse-Holtforth, 2001). In der Praxis existieren aber sehr heterogene Zielsetzungen, von denen einige leichter, andere schwerer zu erreichen sind (Howard et al., 1993). Hinzu kommt, dass sich bei Mittelung der Zielerreichungsskalierung über eine Vielzahl von Patienten das Erfolgskriterium ändert: Es ist nicht mehr die Erreichung eines speziellen Ziels, sondern allgemein die „Erreichbarkeit individueller Therapieziele“ (Schulte, 1993). Als weiteren Punkt kritisieren Lambert und Hill (1994) die Tatsache, dass GAS keine einheitliche Methode ist, sondern eine Vielzahl unterschiedlicher Methoden der Messung von Zielerreichung vereint. Ihrer Meinung nach ist es somit nicht möglich, exakte Vergleiche zwischen Zielerreichungswerten verschiedener Untersuchungen anzustellen.

Kritisch zu betrachten ist auch die Frage, ob durch die meist von Behandlern vorgenommene Operationalisierung der Zielerreichung nicht häufig zu einfache Ziele gesetzt werden, um so den Erfolg der eigenen Behandlung sicher zu stellen. Die Zielerreichung wird auf einer relativen Basis (Vergleich der tatsächlichen Ergebnisse mit den individuell erwarteten Ergebnissen), nicht auf einer absoluten beurteilt, so dass Verhaltensänderung mit den Erwartungen desjenigen, der die Ziele definiert, konfundiert (Mintz & Kielder, 1984). Das Outcome ist immer eine Kombination der tatsächlichen Veränderung und den Standards des Beurteilers. Bei ambulanten Therapien mit längeren Behandlungsverläufen erscheint die Tatsache, dass die Methode stabile Zielvorstellungen voraussetzt, sehr problematisch. Möglichkeiten der Zielveränderung sind nicht integriert.

Um die genannten Schwächen des Modells möglichst gering zu halten, müssten nach Lewis et al. (1987) folgende Voraussetzungen eingehalten werden:

- Die Ziele sollten unabhängig vom therapeutischen Prozess gesetzt werden, was zum Beispiel bedeutet, dass die Ziele nicht vom behandelnden Therapeuten oder Arzt definiert werden dürften.
- Die Ziele sollten von trainierten und auf dem Behandlungsgebiet erfahrenen Personen formuliert werden.
- Für einen Vergleich verschiedener Behandlungsmethoden sollten die Patienten zufällig auf die Behandlungsmethoden verteilt werden, und zwar ausdrücklich erst nach der Zielformulierung.
- Es sollten auf den erstellten Zielerreichungsskalen vor der Behandlung Einschätzungen bezüglich des anfänglichen Beschwerde-Niveaus des Patienten gemacht werden.
- Die Bewertung der Zielerreichung sollte unabhängig vom Behandler und der übergeordneten Organisation der Behandlungseinrichtung erfolgen (also sollte der Behandler nicht selbst die Zielerreichung einschätzen und unabhängig von der Institution sein, in welcher die Behandlung stattfindet).

Lambert und Hill (1994) kommen zu dem Schluss, dass man nur wenn diese Faktoren beachtet werden (was aber im Behandlungsalltag aufgrund mangelnder Ressourcen nur schwer zu verwirklichen ist), die für eine standardisierte Ergebnismessung nötige Reliabilität und Generalisierbarkeit der Ergebnisse erreicht.

Dieser Überblick über die Vorgehensweise des GAS mit den sich daraus ergebenden Vor- und Nachteilen zeigt, dass diese Methode im Rahmen einer routinisierten Ergebnismessung nur schwer durchzuführen ist. Grosse-Holtforth und Grawe (2002) schließen unter anderem daraus, dass erstens standardisierten Verfahren zur zielorientierten Veränderungsmessung verwendet werden sollten, und zweitens aber ein Mangel an entsprechenden Erhebungsinstrumenten besteht.

Im Folgenden sollen beispielhaft zwei standardisierte Verfahren ausführlicher dargestellt werden: Das „Improvement Scaling“ (IMS) und das Verfahren der „Zielorientierten Ergebnismessung“ (ZOE), die jedoch beide nicht für den psychotherapeutischen Bereich entwickelt wurden und somit nicht direkt übertragbar sind.

2.3.4 Improvement Scaling

Verfahren zur zielorientierten Veränderungsmessung werden in den letzten Jahren zunehmend auch im Rahmen von qualitätssichernden Maßnahmen routinisiert eingesetzt und erfordern somit ein hohes Maß an Praktikabilität und Ökonomie. In diesem Kontext wird der Nachteil eines hohen Zeitaufwands GAS-orientierten Verfahren besonders deutlich. Deshalb entstanden in den letzten Jahren Bemühungen, Instrumente zu entwickeln, die eine praktische Anwendung erlauben und weniger zeitliche Ressourcen binden und trotzdem die Vorteile des GAS weiterhin beinhalten.

Eine derartige Weiterentwicklung kann im „Improvement Scaling“ (IMS) gesehen werden, welches von Smith et al. (1998) vorgestellt und für den Bereich der Rehabilitation entwickelt wurde. Ziel dieses Instruments ist die praktikable Messung von individuell klinisch relevanten Veränderungen und Fortschritten bei Patienten, welches durch ein standardisiertes Vorgehen im Vergleich mit den GAS-Verfahren weniger zeitintensiv ist. Es wurde versucht, wesentliche Elemente und Vorteile der GAS-Verfahren beizubehalten und mit den Vorteilen einer standardisierten Erfassung zu kombinieren. Hierfür wurden in Kooperation mit klinisch im Bereich der Rehabilitation tätigen Experten 65 Zielerreichungsskalen entwickelt.

Für die Zielerreichungsbestimmung wurde analog der Vorgehensweise beim GAS eine Operationalisierung möglicher Behandlungsergebnisse auf einer fünfstufigen Skala durchgeführt, wobei die Definition dieser fünf möglichen Ergebnisstufen nicht mehr individuell definiert werden, sondern aus den vorgegeben Stufen ausgewählt werden. Damit wird die zeitraubende Entwicklung dieser Skalen durch den Behandler vermieden. Vor der Behandlung muss der Behandler die relevanten Zielskalen auswählen. Dann wird das jeweilige Niveau der Patienten auf den entsprechenden Skalen zu Beginn der Behandlung auf einer visuellen Analogskala festgelegt (Score 0). Am Ende der Behandlung schätzt der Behandler das Ergebnis der Therapie relativ zu dem Anfangsniveau ein (von -2 für das schlechtest mögliche bis 2 für das bestmögliche Ergebnis). Dies erlaubt z.B. eine wöchentliche Verlaufsmessung, so dass auch der Prozess der Behandlung mit möglichen Verbesserung oder Verschlechterung erfasst werden kann. Die Skalen wurden auf der Basis der gewöhnlich verwendeten Zielbereiche von Patienten entwickelt, nähere Angaben zur Entwicklung der Instrumente fehlen bei Smith et al. (1998) jedoch.

Die psychometrischen Eigenschaften des Instruments sind gut bis sehr gut, die Interraterreliabilität beträgt .90, die Ergebnisse korrelierten hoch (.78) mit dem GAS-Verfahren. Die Skalen beziehen sich lediglich auf funktionale Dimensionen. Psychosoziale Aspekte werden nicht

erfasst, wodurch das Instrument im Rahmen der Rehabilitation von Patienten mit psychischen Störungen nicht anwendbar ist. Es ist von den Autoren jedoch geplant, ein entsprechendes Instrument für den Bereich der psychischen Störungen zu entwickeln.

2.3.5 Zielorientierte Ergebnismessung

Eine weitere Variante einer eher standardisierten zielorientierten Veränderungsmessung stellt das Verfahren der zielorientierten Ergebnismessung (ZOE) dar. Dieses Verfahren wurde von Gerdes (1998) entwickelt, um die Probleme einer generischen Veränderungsmessung, das heißt einer Ergebnismessung, die bei jedem einzelnen Patienten alle potenziell relevanten Therapieziele gleichzeitig berücksichtigt, zu vermeiden (Bergelt, 2002). Dadurch können umfangreiche Messinstrumente und eine „Überkomplexität“ der Daten verhindert werden (Gerdes, 1996). Nach Zwingmann et al. (2000) werden bei generischen Ergebnismessungen bei der Erfassung der Veränderung durch eine Behandlung auch Werte berücksichtigt, die für einzelne Patienten irrelevant sind. Dies ist besonders zu beachten in dem sehr heterogenen Behandlungsfeld der medizinischen Rehabilitation. Deswegen wurde ZOE speziell für diesen Bereich entwickelt und kann somit als rehabilitationsspezifisch angesehen werden (Schuntermann, 1995).

Um zielorientierte Ergebnismessungen zu ermöglichen, wird zunächst mittels eines Fragebogens ein Patientenprofil erstellt. Hierfür werden die Patientenangaben mit Angaben von Personen derselben Alters- und Geschlechtsgruppe in der Allgemeinbevölkerung verglichen. Dann werden entsprechend den Abweichungen von dieser Normierungsstichprobe die Werte der erhobenen Patientendaten in entsprechenden Problembereichen als unauffällig, auffällig (Werte zwischen dem 75. und 90. Perzentil der Normstichprobe) oder extrem auffällig (Werte über dem 90. Perzentil der Normstichprobe) klassifiziert. Dieses Patientenprofil wird dann zu Beginn der Behandlung dafür verwendet, anhand der auffällig oder extrem auffällig eingestuften Problembereiche in einem Abstimmungsprozess zwischen Patient und Therapeut die Skalen zu auswählen, die als individuelle Therapieziele gelten sollen. Es müssen jedoch nicht alle als auffällig oder extrem auffällig eingestuften Beschwerdebereiche auch als Zielbereiche ausgewählt werden (Gerdes et al., 2002). Nur diejenigen Bereiche werden zur Messung des Erfolgs einer Behandlung herangezogen, die sowohl vom Arzt wie auch vom Patienten für relevant befunden worden sind. Die Messung des Outcomes für einen bestimmten Problembereich erfolgt dann nur noch über die Patienten, für die eine Verbesserung in diesem Bereich auch als individuelles Therapieziel gewählt wurde.

Der für die Auswahl der relevanten Problembereiche verwendete Fragebogen „Indikatoren des Reha-Status“ (IRES) wurde von Gerdes und Jäckel (1992) entwickelt. Dieser indikationsübergreifende Patientenfragebogen basiert auf dem Krankheitsfolgenmodell der Weltgesundheitsorganisation (1993) und beinhaltet 160 Items, die innerhalb der drei Dimensionen (soma-tisch, funktional, psychosozial) weiter untergliedert werden. Diese drei Dimensionen teilen sich je in zwei Unterdimensionen auf: die somatische Dimension in die Bereiche „Schmerzen“ und „Symptome“, die funktionale Dimension in die Bereiche „Belastungen im Beruf“ und „Behinderungen im Alltag“, die psychosoziale Dimension in die Bereiche „Psychische Belastung“ und „Soziale Probleme“. Der Fragebogen erfasst somit sowohl Beschwerden durch die Erkrankung wie auch Einschränkungen als Folge der Erkrankung oder Begleiterkrankung (Gerdes & Jäckel, 1995).

Einen umfangreichen Einsatz erfuhr das Instrument unter anderem im Rahmen der PROTOS-Studie (**prospektiv-therapieziel-orientierte Studie**, vgl. Kapitel 3.3), in der das Verfahren im Kontext mehrerer Verfahren an einer Stichprobe von 879 Studienteilnehmer zur zielorientierten Ergebnismessung eingesetzt wurde. Insgesamt wurden über 5000 Patienten aus vier Indikationsbereichen der medizinischen Rehabilitation (Kardiologie, Orthopädie, Neurologie und Psychosomatik) befragt. Die Ergebnisse zeigten, dass ein derartiges Vorgehen praktikabel ist und Veränderungen in den Zielbereichen sichtbar macht. Es zeigten sich jedoch auch, dass aufgrund des sehr heterogenen Zielfeldes innerhalb der Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen Einschränkungen des Instruments, vor allem bei der Zielfestlegung in den Bereichen „Belastungen im Beruf“ und „Risikofaktoren“ bestehen (Gerdes, Weidemann et al., 2000).

Als besonders vorteilhaft an dem Verfahren ist die Zieldefinition in Abstimmung zwischen Therapeut und Patient unter Berücksichtigung des mittels des IRES-Fragebogens erstellten Patientenprofils, was sich in einer hohen Relevanz des gewählten Zielbereiches für den Patienten und einer hohen Reliabilität des Zielauswahlprozesses auswirken dürfte. Dadurch wird der Behandlungsprozess an den tatsächlich bedeutsamen Beschwerdebereichen des Patienten ausgerichtet.

Kritisch zu betrachten sind die insbesondere für den Bereich der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen nur bedingt erfassten Dimensionen wie edukative und motivationale Zielbereiche, was jedoch im Rahmen von Weiterentwicklungen des Instruments Berücksichtigung finden wird (Bührlen et al., 2002).

Als kritisch zu bewerten ist das Problem der "Regression zur Mitte", da durch die Auswahl von auffälligen Werten die Gefahr besteht, dass anfangs extreme Werte in Post-Messungen zu mittleren Werten streben, ohne dabei eine tatsächliche Veränderung zu indizieren (Speer, 1992; Zwingmann, 1996).

3 Zielorientierung in der Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen

Im folgenden Kapitel soll zunächst die Bedeutung von Therapiezielen für den Bereich der Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen skizziert werden. Im Anschluss daran werden mögliche Zieldimensionen für diesen Bereich erarbeitet, einerseits unter Bezugnahmen auf die theoretischen Grundlagen der medizinischen Rehabilitation, andererseits unter Berücksichtigung der gesetzlichen Zielvorgaben für den Bereich rehabilitativer Behandlungen. Abschließend werden empirische Befunde zur Verwendung von Therapiezielen im Bereich der stationären Psychotherapie zusammengefasst, um so Schlussfolgerungen für die hier beschriebene Forschungsarbeit ableiten zu können.

3.1 Die Bedeutung von Therapiezielen in der Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen

Da die Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen in Folge des Wachstumsförderungsgesetzes (WFG) von 1996 wie auch die gesamte medizinische Rehabilitation unter erheblichem Legitimationsdruck stand, wurden auch die Bemühungen um eine wissenschaftliche Überprüfung der Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen verstärkt. Als eine Folge dieser Bestrebungen entstanden innerhalb der medizinischen Rehabilitation und somit auch der Rehabilitation psychischer Störungen unter anderem Forderungen nach einer stärkeren Zielorientierung (vgl. Kapitel 1).

Im Rahmen einer stärkeren Zielorientierung soll versucht werden, individuelle Problemlagen der Patienten in somatischen, funktionalen, psychosozialen und edukativen Bereichen zu identifizieren, vergleichbare Behandlungsgruppen zusammenzufassen, spezifische Therapieziele zu erfassen, den Grad der Zielerreichung zu messen sowie den Behandlungsprozess an diesen Therapiezielen zu orientieren und den individuellen Bedürfnissen der jeweiligen Patienten anzupassen (Bengel & Jäckel, 2000; Gerdes, Bengel et al., 2000). Diese Fokussierung auf ein zielorientierteres Vorgehen in der Rehabilitation resultiert aus aktuell vorhandenen Schwachstellen in der rehabilitativen Versorgung, die sich nach Gerdes et al. (2000) vor allem in einer Segmentierung der Teilprozesse und -aspekte und einer Pauschalisierung der Rehabilitationsangebote äußert. Erschwert werden diese Probleme durch verschiedene Perspektiven in Bezug auf die Erkrankung, durch die Beteiligung verschiedener therapeutischer Professionen und der Vielzahl möglicher Zielp Parameter sowie den damit verbundenen Problemen der Ergebnismessung. Eine verstärkte Zielorientierung in der Rehabilitation kann sich somit unter

anderem auf folgende Bereiche beziehen: die Ebenen der interdisziplinären Zusammenarbeit in den Institutionen, hier sowohl die konzeptuelle wie auch die therapeutische Ebene und die Ebene der Ergebnismessung (Bengel, Nübling et al., 1998). Gründe hierfür liegen in einer möglichen Verbesserung der Prozess- wie auch Ergebnisqualität der rehabilitativen Behandlung. Auf diese beiden Aspekte soll im Folgenden näher eingegangen werden.

Im Rahmen des Behandlungsprozesses formulierte Therapieziele können zur Kontinuität des Rehabilitationsprozesses beitragen, vor allem bei langfristigen Verläufen und bei Übergängen zwischen verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen, insbesondere von stationärer Rehabilitation zu ambulanten Nachsorgemaßnahmen oder der Verknüpfung prä- und poststationärer Maßnahmen (Ambühl & Strauß, 1999). Der Patient kann sich zu einem durch präzisere Zielformulierungen besser im rehabilitativen Prozess orientieren und dadurch motivieren, was den Behandlungsverlauf günstig beeinflussen kann (Vogel et al., 1994). Zum anderen kann die Kommunikation über den Patienten in einem für den rehabilitativen Bereich charakteristischen multiprofessionellen Behandlungsteam durch die Verwendung von Behandlungszielen in der Therapie erleichtert werden (Driessen et al., 2001) und so die Zusammenarbeit der verschiedenen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen verbessern.

Zudem wird angenommen, dass die Bestimmung von angestrebten Therapiezielen zur Beantwortung der Indikationsfrage und somit des Therapieplans beitragen kann, da Behandlungsziele als ein mögliches Bindeglied zwischen konzeptuellen Merkmalen der Klinik (indikationsbezogenes Leistungsspektrum, Personal, apparative Ausstattung), diagnostischen Befunden und therapeutischen Maßnahmen gelten (Dirmaier et al., 2002; Herschbach & Vogel, 1992; Heuft et al., 1998a).

Nach Erhebungen einer Arbeitsgruppe des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (Neun, 1994) sowie nach Analysen von Schulz und Koch (2002b) stehen von circa 16500 Betten im Bereich der stationären Psychosomatik in Deutschland etwa 11350 Betten für die Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen und 4850 Betten im Rahmen der psychosomatischen Krankenhausbehandlung bereit. Zur Frage, inwieweit für den Bereich der stationären Psychosomatik differenzielle Indikation zu rehabilitativer oder Krankenhausbehandlung möglich und sinnvoll ist, lassen sich in der Literatur bisher keine eindeutigen Kriterien finden (Schulz & Koch, 2002b). Auch im Hinblick auf eine differenzielle Zuweisung zu den beiden am häufigsten in der Rehabilitation psychosomatischer/psychischer Störungen vorgehaltenen Therapiekonzepten, das heißt tiefenpsychologisch oder verhaltensmedizinisch orientierten Ansätzen, stehen noch keine validen Kriterien zur

Verfügung; die Zuweisung erfolgt deshalb bisher weitestgehend intuitiv oder zufällig (Lotz et al., 1996; Watzke, 2002). Es fällt somit auf, dass eine systematische Steuerung von „Patientenströmen“, das heißt eine an den Problemlagen der Patienten und den Möglichkeiten der Kliniken orientierte Zuweisung und Verlegung, nicht erkennbar ist. Da aber Forschungsergebnisse (Watzke, 2002) darauf hinweisen, dass es in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen substantielle Unterschiede zwischen verhaltenstherapeutischen und tiefenpsychologischen Behandlungsmaßnahmen gibt, ist somit die Beantwortung der Frage nach einer differentiellen Indikationsstellung geboten. Studien und Expertisen zur differentiellen Indikationsfrage (das heißt zur Entscheidung für eine eher verhaltenstherapeutisch oder tiefenpsychologisch orientierte Behandlung) in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen ergaben unter anderem, dass für die Zuweisung zu einer der beiden therapeutischen Richtungen Therapieziele der Patienten als eine mögliche wichtige Dimension angesehen werden können (vgl. Kapitel 2.2.1). Bezüglich der Identifikation von Patientengruppen, für die entweder eine rehabilitative Behandlung oder eher eine Krankenhausbehandlung angemessen erscheint, weist eine Expertise zur stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung in Norddeutschland (Schulz & Koch, 2002b) darauf hin, dass auch individuelle Zielsetzungen für die Behandlung als eine mögliche Dimension für die Zuweisung zu einem dieser beiden Versorgungsschwerpunkte dienen können.

Eine weitere, wichtige Funktion von Therapiezielen im Bereich der Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen ist deren Verwendung im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen (Vogel et al., 1994). So ist nach Heuft et al. (1998a) die Qualität ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen immer im Hinblick auf die am einzelnen Patienten orientierten angestrebten Behandlungsziele definiert. Qualitätssicherung ist seit dem 1.1.1989 für das bundesdeutsche Gesundheitswesen, und somit auch für die psychotherapeutische Versorgung, im Fünften Sozialgesetzbuch (§ 137 ff.) gesetzlich vorgeschrieben (Heuft et al., 1998a). Qualitätssicherungsmaßnahmen beziehen sich hierbei auf die Qualität der Behandlung in Diagnostik und Therapie, der Versorgungsabläufe und dem Behandlungsergebnis (Stieglitz & Haug, 1995). Die Bedeutung von Therapiezielen für den Qualitätssicherungsprozess liegt vor allem im Bereich der Ergebnismessung. Insbesondere im Bereich der Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen gibt es kein universelles Maß der Beurteilung von Behandlungsergebnissen, da die Effekte der verschiedenen therapeutischer Interventionen eine Operationalisierung auf mehreren Ebenen erfordern (Stieglitz & Haug, 1995).

3.2 Theoretische Grundlagen der Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen

Nachfolgend werden die theoretischen Grundlagen der Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen dargestellt, insbesondere im Hinblick auf die daraus ableitbaren, übergeordneten Zieldimensionen dieses Versorgungsbereichs.

3.2.1 Das WHO-Krankheitsfolgenmodell

1980 wurde erstmals von der Weltgesundheitsorganisation (WHO), basierend auf dem Krankheitsfolgenmodell, die „Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen“ ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (WHO, 1980), vorgelegt. Die ICIDH wurde als Klassifikationsschema für die Funktionsstörungen entwickelt, die sich als Folge einer körperlichen (oder psychischen) Erkrankung ergeben können, wodurch der Fokus von der kurativen Behandlung der Erkrankungen auf die als Folge dieser Erkrankung entstandenen Schädigungen (impairments) und den daraus wiederum entstehenden Fähigkeitsstörungen (disabilities) und Beeinträchtigungen (handicaps) gelenkt wird. Der Schwerpunkt der Behandlung liegt in der medizinischen und somit auch bei der Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen auf diesen individuellen Einschränkungen als Folge einer Erkrankung, die auch die Interaktion mit der Umwelt betreffen, da Rehabilitation per Definition die Folgen einer Erkrankung fokussiert (vgl. SGB IX, § 4) und damit versucht, die Bewältigung dieser Folgen zu verbessern (Bergelt, 2002).

Folgende Abbildung verdeutlicht das Modell der ICIDH:

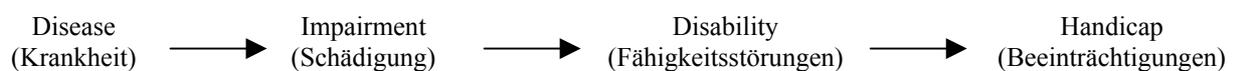


Abbildung 1 Krankheitsfolgenmodell der ICIDH (WHO, 1980)

Die ICIDH bildete in der Folge den konzeptionellen Rahmen für die medizinische Rehabilitation und löste umfangreiche Forschungsaktivitäten aus (Schuntermann, 1998). Kritisch diskutiert wurde jedoch insbesondere, dass laut dem Modell Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen als zwangsläufige Folgen aufgrund der Krankheit und der Schädigung gesehen werden. Dies hätte zur Folge, dass in einem derartigen linearen Modell Ansatzpunkte für therapeutische Interventionen lediglich auf Seiten der Schädigungen zu finden wären, weil alles andere zwangsläufig daraus folgt (Gerdes & Weis, 2000).

Von Schuntermann (1998) werden folgende weitere Kritikpunkte an der ICIDH beschrieben:

- Die Inkompatibilität der Begrifflichkeit des ICIDH mit dem SGB IX,
- das heuristische Modell der ICIDH,
- die ausschließliche Orientierung an Defiziten innerhalb der ICIDH und
- die Vernachlässigung von Umweltfaktoren.

In den Neunzigern wurde unter anderem aufgrund der genannten kritischen Punkte an einer Weiterentwicklung der ICIDH gearbeitet, im Mai 2001 wurde von der Vollversammlung der WHO die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, ICF, (WHO, 2001) verabschiedet und zur Anwendung in den Mitgliedstaaten empfohlen. Als zentraler Begriff werden die funktionalen Aspekte der Gesundheit als das Ergebnis der Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem einer Person und ihren Kontextfaktoren verstanden (Schuntermann, 2003). Diese funktionalen Aspekte lassen sich in drei Dimensionen einteilen:

- Die Ebenen der **Körperfunktionen und -strukturen (body functions and body structures)**: Diese Ebene beschreibt den Verlust oder eine Einschränkung körperlicher Strukturen oder Funktionen einschließlich des mentalen Bereichs im Sinne einer wesentlichen Abweichung oder eines Verlustes.
- Die Ebene der **Aktivitäten (activities)**: Darunter werden Einschränkungen infolge des Gesundheitsschadens einer Person verstanden, eine körperliche, seelische oder geistige Aktivität in dem Umfang auszuführen, der als normal für den einzelnen Menschen angesehen wird.
- Die Ebene der **Partizipation (participation)**: Hier sind die in Folge eingeschränkter Körperfunktionen und -strukturen entstandenen Benachteiligungen erfasst, welche die Teilnahme einer Person in einem Lebensbereich bzw. einer Lebenssituation erschweren.

Die Zusammenhänge zwischen diesen Dimensionen und dem Gesundheitsproblem, den Umweltfaktoren und den personenbezogenen Faktoren sind in folgender Abbildung skizziert.

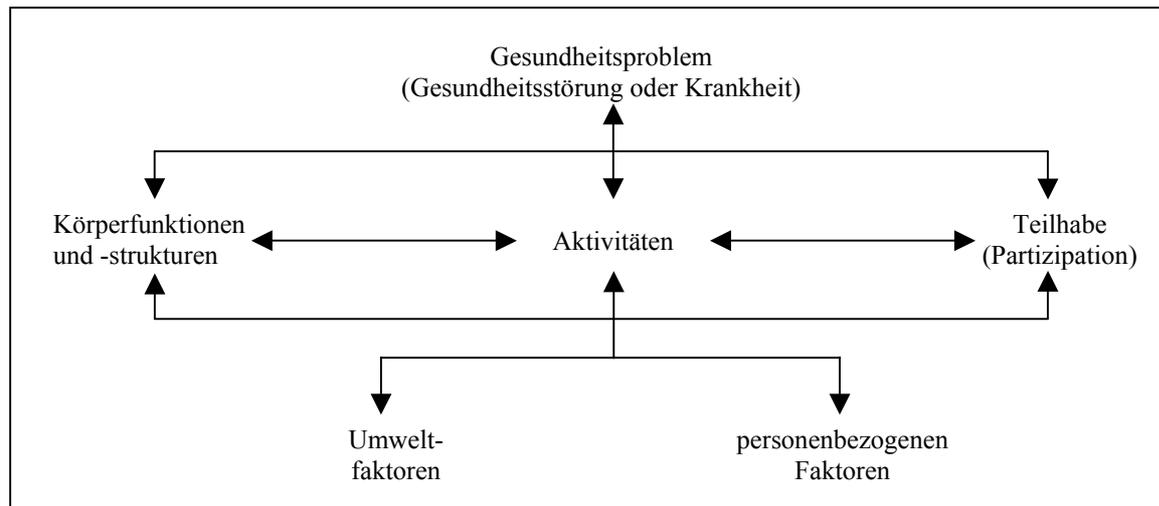


Abbildung 2 Das bio-psycho-soziale Modell der Komponenten der Gesundheit der ICF (vgl. Schuntermann 2003)

Eine wichtige Erweiterung dieser zweiten Version des ICIDH im Vergleich zur ersten Ausgabe stellt die Berücksichtigung der **Kontextfaktoren** dar, die sich wiederum in **Umweltfaktoren** und **personenbezogene Faktoren** aufgliedern und als „Determinanten der Teilhabe“ (Gerdes & Weis, 2000) verstanden werden. Diese Ergänzung entstand aufgrund der Überlegung, dass identische Schadensbilder bei verschiedenen Patienten zu stark variierenden Funktionsbeeinträchtigungen und Leistungseinschränkungen führen können, was als Resultat unterschiedlicher Bewältigungsressourcen, der beruflichen und ökonomischen Situation, sozialer Unterstützung und psychischer Faktoren angesehen wird. Im Gegensatz zur ICIDH ist die ICF also, neben der ursprünglich in der ICIDH vorherrschenden Orientierung an Defiziten, auch **ressourcenorientiert**. Diese verstärkte Ressourcenorientierung bedeutet somit eine zentrale Erweiterung des Modells. Damit können sowohl positive wie auch negative Aspekte des Umgangs einer Person mit einem Gesundheitsproblem beschrieben werden (Schuntermann, 2003). Hinzu kommt, dass die Begrifflichkeiten der ICF im Gegensatz zur ICIDH positiv gefasst sind (Aktivitäten statt Behinderung und Teilhabe statt Beeinträchtigung).

Die Bedeutung für die medizinische Rehabilitation liegt nach Schuntermann (2003) zum einen darin, dass alle modernen Definitionen des Begriffs der Rehabilitation auf der ICF (bzw. ICIDH) basieren. So wurden wesentliche Aspekte der ICF in das neunte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX vom 19. Juni 2001) integriert, das Teilhabekonzept der SGB IX entspricht somit weitgehend dem der ICF. Zum anderen ist die Wiederherstellung oder wesentliche Besserung der Funktionsfähigkeit mit dem Ziel der Sicherung, Wiederherstellung oder wesentliche Besserung der Teilhabe an Lebensbereichen einer Person eine zentrale

Aufgabe der Rehabilitation (Schuntermann, 2003). Nach Koch und Bengel (2000) orientiert sich ein moderner Rehabilitationsbegriff am bio-psychozialem Modell von Gesundheit und Krankheit der WHO und fokussiert primär auf die individuellen und sozialen Auswirkungen von (chronischer) Krankheit. Rehabilitation wird in diesem Kontext als die Summe der Bemühungen verstanden, eine Einschränkung der Funktionsfähigkeit nicht zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der persönlichen, sozialen und beruflichen Lebensumstände werden zu lassen oder diese Beeinträchtigungen zumindest möglichst gering zu halten. Die ICF kann somit in vielen Bereichen der Rehabilitation, wie der funktionalen Diagnostik, der Therapieplanung und der Evaluation sinnvoll eingesetzt werden, insbesondere auch bei der Festlegung der Ziele einer Rehabilitationsleistung nach Art und Wichtigkeit der Behandlungsziele und darauf aufbauend der Überprüfung der Zielerreichung (Schuntermann, 2003).

3.2.2 Ein Theoriemodell der Rehabilitation

Gerdes und Weis (2000) haben unter Verwendung der Terminologie und der grundlegenden Modelle der ICF ein differenziertes Theoriemodell der Rehabilitation entwickelt, welches geeignet sein soll, die Zusammenhänge und Richtungen der Einflüsse der einzelnen Faktoren des ICF besser zu erfassen. Die wichtigsten Aspekte eines Theoriemodells der Rehabilitation sind in Abbildung 3 graphisch dargestellt (vgl. Gerdes & Weis, 2000).

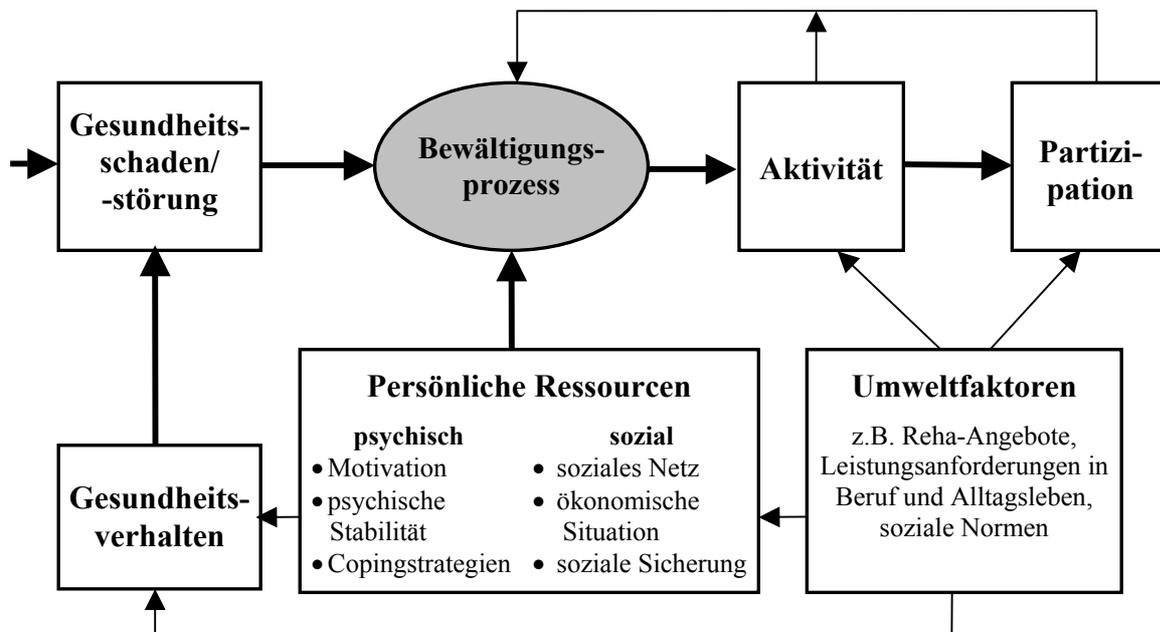


Abbildung 3 Ein Theoriemodell der Rehabilitation bei chronischen Krankheiten

Nach diesem Modell dient Rehabilitation also der Verbesserung von Partizipationsstörungen, die aus Gesundheitsschäden und ihren Folgen resultieren. Partizipationsstörungen wiederum

resultieren aus Störungen der Aktivität (Gerdes & Weis, 2000). Die Schädigungen der Gesundheit führen also nicht zwangsläufig zu denselben Aktivitäts- und Partizipationseinschränkungen, sondern sind auch von Bewältigungsprozessen des Betroffenen abhängig, die damit als Mediatorvariable die Ausprägung der Einschränkungen der Aktivität und Partizipation als Folge des Gesundheitsschadens mit beeinflussen (Gerdes & Weis, 2000). Diese Bewältigungsprozesse hängen v.a. von den „persönlichen Ressourcen“ ab, die wiederum in psychische und soziale Ressourcen unterteilt werden können. Die „Umweltfaktoren“ sind entweder hilfreiche oder hinderliche externe Rahmenbedingungen, die vom einzelnen Rehabilitanden nicht beeinflusst werden können, aber einen Einfluss auf den Grad der Einschränkungen der Aktivität und Partizipation haben (Gerdes & Weis, 2000). Diese Umweltfaktoren üben aber auf fast alle Dimensionen des Modells Einfluss aus, das heißt, dass der gesamte Rehabilitationsprozess in den Kontext der Umweltfaktoren eingebettet ist. Die Konsequenzen von Gesundheitsschäden für Aktivität und Partizipation können somit stärker oder schwächer sein, je nachdem, auf welche sozialen und psychischen Ressourcen der Betroffene zurückgreifen kann und in welchen Kontextbedingungen sich der Rehabilitant befindet. Dadurch erhält das Schema dynamischen Charakter und umfasst sowohl Defizite als auch gesundheitsfördernde Ressourcen der Rehabilitanden (Gerdes et al., 2002). Damit kann dieses Modell als Grundlage für Ansatzpunkte für therapeutisches Handeln mit dem Ziel einer verbesserten Partizipation in der Rehabilitation verwendet werden, wie in folgender Abbildung dargestellt:

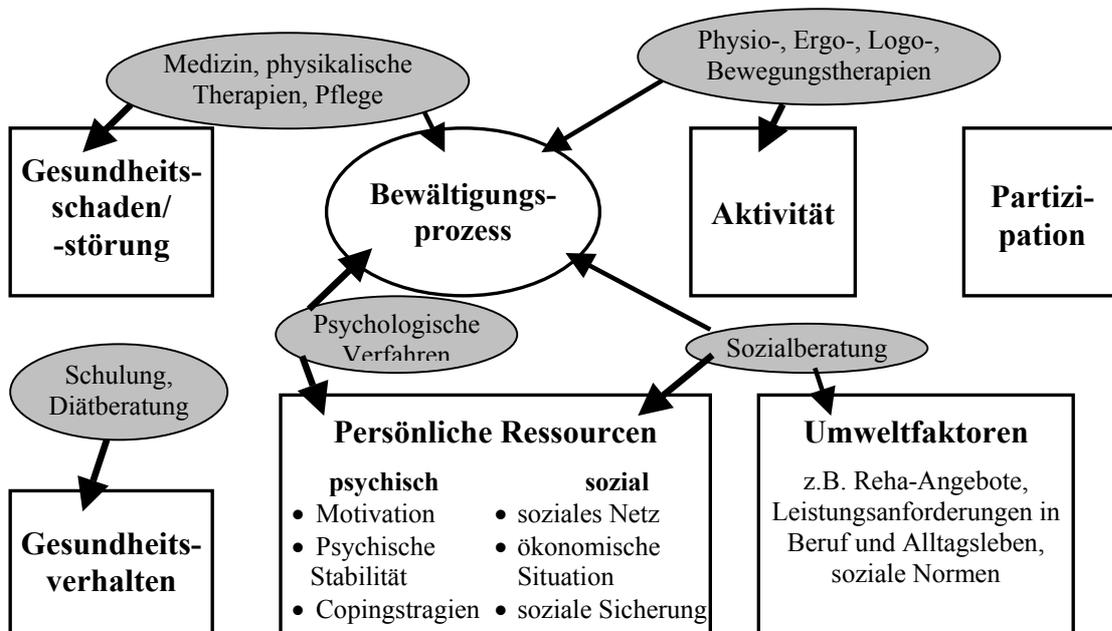


Abbildung 4 Ansatzpunkte für therapeutisches Handeln in der Rehabilitation (Gerdes und Weis 2000)

Durch Abbildung 4 wird ersichtlich, wie die verschiedenen Dimensionen des Modells zu unterschiedlichen Behandlungsschwerpunkten führen und so zu einem komplexen, ganzheitlichen Behandlungsansatz führen, der die Zusammenarbeit aller am Behandlungsprozess beteiligten Professionen erfordert. Nach Koch et al. (1995) liegt eine wesentliche Besonderheit der rehabilitativen Versorgung gegenüber der Krankenhausversorgung in der mehrdimensionalen Zielsetzung. Mögliche Zielbereiche sind unter anderem die Vermittlung von Information, das Erlernen krankheitsgerechten Verhaltens, psychosoziale Krankheitsbewältigung, Umstellung von Risikoverhalten und Anpassung der Lebensperspektiven an das Leistungsvermögen. Da der Gesetzgeber die Zuständigkeit der Rehabilitation nicht erst für den Fall einer vorhandenen Behinderung, sondern auch für den Fall einer drohenden Behinderung definiert, werden dementsprechend einzelne Faktoren der Krankheitsverursachung nicht ausgegrenzt. Das bedeutet, dass Therapieziele auch hinsichtlich der edukativen Dimension im Sinne einer präventiven Wirksamkeit formuliert werden müssen (Neun, 1998). Im Unterschied zu anderen Gesundheitsmaßnahmen besteht die Aufgabe der Rehabilitation nicht in der Gesundheitsförderung im Sinne primärer Prävention (Vermeidung von Krankheit). Die präventive Funktion der Rehabilitation liegt vor allem darin, bei bereits vorliegenden Gesundheitsstörungen oder Gesundheitsschädigungen das Eintreten von Funktionseinschränkungen und Beeinträchtigungen zu verhindern oder zu vermindern (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 1992).

Die Ausführungen zeigen, dass es im Bereich der medizinischen Rehabilitation mehrere Dimensionen gibt, innerhalb derer individuelle Rehabilitationsziele formuliert werden können. Gerdes und Weis (2000) gliedern Behandlungsziele in der medizinischen Rehabilitation in fünf Dimensionen:

- **Psychische Dimension:** Auf dieser Ebene ist das Ziel, psychische Beeinträchtigungen zu verringern und psychische Ressourcen zu aktivieren.
- **Soziale Dimension:** Auf dieser Ebene sollen soziale Belastungen zu beseitigt und soziale Ressourcen aktiviert werden.
- **Somatische Dimension** (Gesundheitszustand, Körperfunktionen und -strukturen): Ziel dieser Ebene ist eine Begrenzung bzw. Verringerung der organischen Schäden und Beschwerden und eine allgemeine Verbesserung des Gesundheitszustandes.
- **Edukative Dimension** (Gesundheitsinformation und -verhalten): Diese Ebene erfordert präventive Bestrebungen zur Förderung des Gesundheitsverhaltens (Motivation, Informa-

tion, Schulung) und Verbesserung der Fähigkeiten und des Grades der Beherrschung von Techniken zur Bewältigung der Belastung durch chronische Krankheit und Behinderung.

- **Dimension der Aktivität und Partizipation** (Leistungsanforderungen und Funktionsfähigkeit in Beruf und Alltag): Hier sollen funktionelle Einschränkungen im alltäglichen und beruflichen Leben beseitigt oder verringert werden.

Im Falle einer Erreichung der therapeutischen Zielsetzungen auf der Ebene der Körperfunktionen und -strukturen sind mögliche psycho-soziale und organische Krankheitsfolgen gering und es erübrigen sich weitere therapeutische Maßnahmen. Falls aber aus den Schädigungen auch Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen entstanden sind, werden weitere Interventionen auf psychischer, sozialer und somatischer Ebene nötig. Die Behandlung ist dann auf eine Bewältigung der Krankheitsfolgen ausgerichtet, welche auch die Verbesserung der dem Patienten zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen durch edukative Maßnahmen unterstützt. Ziel ist eine Steigerung der psychischen, geistigen und körperlichen Funktionsfähigkeit auf dem Hintergrund der bestehenden psychischen Krankheit. Dadurch soll die Teilnahme am beruflichen und gesellschaftlichen Leben des Kranken verbessert werden (Sandweg, 1996).

Da die Rehabilitation psychosomatischer/psychischer Störungen als Indikationsbereich der medizinischen Rehabilitation auf den selben theoretischen Grundlagen basiert, ist zu erwarten, dass sich diese Zieldimensionen auch im Bereich der psychischen Störungen identifizieren lassen, was in einer Studie von Dirmaier et al. (2002) bestätigt wurde (vgl. Kapitel 4.1).

3.3 Settingspezifische Einflussfaktoren auf Therapieziele der Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen

Im Folgenden soll deutlich gemacht werden, inwiefern sich Therapieziele aus dem Bereich der Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Erkrankungen von denen anderer Settings unterscheiden können, da diese Unterschiede im Rahmen der Konstruktion rehabilitationsspezifischer Instrumente berücksichtigt werden müssen. Dabei soll zunächst allgemein auf Besonderheiten des Bereichs der stationären Psychotherapie eingegangen werden, um anschließend insbesondere die Anforderung an rehabilitationsspezifische Zielsetzungen zu erörtern. Entsprechende Ergebnisse zu Therapiezielen vorzugsweise im ambulanten Bereich finden sich in Kapitel 2.2.

Wendisch (1999) hat eine ausführliche Darstellung der Unterschiede zwischen Therapiezielen des ambulanten und stationären Settings zusammengestellt. Besonders deutlich werden die Unterschiede hinsichtlich der **zeitlichen Dimension** und des **Behandlungsprozesses**.

Eine **stationäre psychotherapeutische Behandlung** von Patienten mit psychischen Störungen orientiert sich an einem Zeitrahmen von 4-8 Wochen. Ein spezifisches Problem der Zielbestimmung in der stationären Behandlung ist deswegen die kurze Zeitdauer, in denen die gesetzten Ziele erreicht werden müssen. Jedoch werden kurzfristige Ziele, wie sie z.B. am Ende der Rehabilitationsmaßnahme am ehesten konkret erreichbar und messbar wären, oft als nicht aussagekräftig erachtet. So ist etwa die Bedeutung einer Gewichtsreduktion bei Therapieabschluss für den Rehabilitationserfolg nicht einschätzbar, da sie womöglich nur von kurzer Dauer ist. Viele Ziele, wie z. B. „Steigerung der sozialen Kompetenz“ oder „Verbesserung des Umgangs mit Konflikten“ sind allenfalls in einer mittel- oder gar längerfristigen Katamnese valide bestimmbar (Koch & Schulz, 1997). Somit ist im Bereich der stationären Psychotherapie die Erarbeitung von Therapiezielen, welche im Hinblick auf Erreichbarkeit und Realisierbarkeit eindeutig operationalisiert sind, um so wichtiger (Wendisch, 1999).

Hinzu kommt, dass sich im ambulanten Bereich aufgrund der längerfristigen Behandlung Zielsetzungen im Verlauf eher verändern können als bei stationären Therapien, bei denen einmal erarbeitete Zieldefinitionen oft den Rahmen für den gesamten Behandlungsprozess bilden (vgl. Kapitel 2.2).

Bezogen auf den Prozess der Erarbeitung von Therapiezielen entstehen nach Wendisch (1999) Unterschiede zwischen ambulanter und stationärer Behandlung dadurch, dass im stationären Setting nicht nur Patient und Therapeut an der Zielformulierung beteiligt sind, sondern auch Kostenträger oder der ambulanten (Vor-)Behandler mit einbezogen werden müssen. Bei der Diskussion der Frage von rehabilitationsspezifischen Zielsetzungen ist zudem zu beachten, dass im Bereich der medizinischen Rehabilitation unterschiedliche Zielvorgaben existieren, je nachdem, welche Institution zuständiger Kostenträger ist. Ist der Kostenträger der Behandlung die Rentenversicherung, ist das vorrangige Ziel der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Im Gegensatz dazu liegt der Schwerpunkt der Behandlung bei von der gesetzlichen Krankenversicherung finanzierten Behandlungen auf der gesundheitlichen und sozialen Integration der Patienten (Schulz & Koch, 2002b).

Der Prozess der Zielfindung wird in der stationären Rehabilitation darüber hinaus auch dadurch beeinflusst, dass ein Patient oft von mehreren Therapeuten gleichzeitig behandelt wird (z. B. Gruppentherapeut, Einzeltherapeut). Daraus entsteht die Notwendigkeit, Therapieziele

innerhalb eines Behandlungsteams abzustimmen. Dies kann zur Folge haben, dass die möglichen Zielsetzungen heterogener werden, da z.B. soziotherapeutische oder medizinische Behandlergruppen an der Zieldefinition beteiligt werden. Als Resultat dieser multiprofessionellen Beteiligung an der Zieldefinition wird möglicherweise auch der Einfluss des Patienten auf die Zieldefinition geschwächt und die Ziele werden eher von Seiten der Therapeuten als von Seiten des Patienten definiert (Wendisch, 1999).

Eine Besonderheit der Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen ist das Vorhandensein zweier verschiedener Modelle der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen. Dies sind zum einen psychodynamische Psychotherapiekonzepte, zum anderen verhaltenstherapeutische Therapiekonzepte. Trotz der Unterschiedlichkeit beider Hauptrichtungen sind aber beide auf die gleichen, längerfristigen Zielsetzungen ausgerichtet. Obwohl die längerfristigen Zielsetzungen vergleichbar sind, gibt es doch schulenspezifische kurz- und mittelfristige Zielsetzungen. Dass sich die Zielsetzungen dieser beiden theoretischen Konzeptionen unterscheiden, konnte für den Bereich der ambulanten Psychotherapie schon in mehreren Studien bestätigt werden (Ambühl et al., 1995), auf der Ebene eines Vergleichs therapeutischer Prozessvariablen in psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Gruppenpsychotherapien konnten diese Unterschiede auch für den Bereich der stationären psychosomatisch/psychotherapeutischen Behandlung bestätigt werden (Watzke, 2002). Ein die therapeutischen Schulen übergreifendes Instrument zur Erfassung von Therapiezielen sollte demnach schulenspezifische, längerfristige wie auch schulenspezifische kurz- und mittelfristige Zielformulierungen beinhalten.

Für den Bereich der **medizinischen Rehabilitation** formulieren Gerdes et al. (2000) allgemeine Richtlinien für Therapiezielformulierungen: So sollen Ziele vorrangig die spezifischen Problemlagen der Patienten reflektieren und auf die Erwartungen und Möglichkeiten der Patienten abgestimmt sein. Die Therapieziele sollten möglichst einer Operationalisierung zugänglich sein und im Rahmen von Therapieplanungen konkrete therapeutische Interventionen indizieren können und durch diese beeinflussbar sein. Insbesondere im Bereich der Rehabilitation sind mit der Diagnose nicht automatisch auch die Behandlungsmaßnahmen bestimmbar. Diese hängen vielmehr von der Art der Krankheitsbewältigung, dem Grad der Beeinträchtigung von Aktivität und Partizipation, den Ressourcen des Patienten und nicht zuletzt der Motivation des Patienten ab (Vogel et al., 1994). Die Zielsetzungen des Patienten können hier wesentliche Hinweise für die Verknüpfung von Diagnostik und möglichen Behandlungsmaßnahmen liefern. Im Weiteren sollten nach Gerdes (2000) Therapieziele ein gewisses Maß an Generalisierbarkeit und hierarchischer Strukturen aufweisen, um so ver-

schiedene Abstraktionsniveaus von Zielsetzungen (wie beispielsweise kurz- und langfristige Behandlungsziele) abbilden zu können.

Vogel und Tuschhoff (1994) fordern, dass Therapieziele krankheitsspezifisch, indikationsübergreifend und therapieschulenunabhängig sein sollten. Weitere, von theoretischer Seite formulierte Anforderungen an Therapieziele für den Bereich der Rehabilitation, wurden beispielsweise von Schut und Stam (1994) entwickelt. Demnach sollten Ziele relevant und motivierend für den Patienten sein. Diese eigentlich triviale Forderung gewinnt insbesondere im Bereich der rehabilitativen Behandlung an Bedeutung, da sich hier die Zielvorstellungen zwischen Therapeut und Patient oftmals unterscheiden können. Vor allem in der zeitlich begrenzten, multiprofessionellen stationären Behandlung werden Ziele möglicherweise von Seiten der Therapeuten vorgegeben. So kann ein Ziel, welches für Therapeuten relevant ist, für den Patienten eher unwichtig sein und umgekehrt. Zudem sollten Ziele beschreiben, was erreicht werden soll und nicht Behandlungsmaßnahmen benennen. Nur so ist es möglich, die tatsächlichen Zielerreichungen zu bestimmen und, im Falle des Nicht-Erreichens, eine Neuanpassung an das Problem des Patienten durchführen zu können. Schließlich sollten Ziele verständlich formuliert sein. Dies bezieht sich einerseits natürlich auf den Patienten, jedoch auch auf das Behandlungsteam. Da sich in der Rehabilitation das Behandlungsteam auf verschiedenen Professionen zusammensetzt, ist es hier besonders wichtig, allgemein verständliche Therapieziele zu formulieren.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Therapieziele der Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen und der Erfassung im Vergleich zu anderen Settings einige Besonderheiten aufweisen: So sollten Therapieziele aufgrund der zeitlichen Begrenzung der Behandlung möglichst früh nach Beginn der Behandlung erfasst werden. Die Möglichkeit der Angabe von Veränderungen der Zielsetzungen scheint aus demselben Grund nicht angemessen, vor allem da davon auszugehen ist, dass durch die Verwendung von standardisierten Zielerfassungsinstrumenten im Gegensatz zu einer freitextlichen Angabe von Therapiezielen die Veränderungsrate noch geringer wird (vgl. Kapitel 2.2). Ein entsprechendes Zielerfassungsinstrumentarium sollte sowohl kurz- wie auch mittel- und langfristige Ziele zur Auswahl anbieten, um so schulenspezifische wie auch schulenübergreifende und übergeordnete institutionelle Zielformulierungen zur Auswahl anbieten zu können. Das System sollte sowohl möglichst konkrete Zielformulierungen aufweisen wie auch abstrakte Formulierungen, was sich in einer hierarchischen Struktur des Erfassungsinstruments niederschlägt. Da die Therapeuten stärker an der Zielsetzung beteiligt sind, erscheint eine sowohl patienten- wie auch therapeutenseitige Erfassung der Ziele angebracht.

4 Warum ein neues Erhebungsinstrument? Darstellung und Bewertung bestehender Instrumente

In den vorangegangenen Kapiteln wurde der Begriff Therapieziel definiert, gegenüber anderen Konstrukten abgegrenzt, die Bedeutung der Verwendung von Therapiezielen für den Therapieprozess und die Evaluation von psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen dargestellt und die Relevanz eines zielorientierten Vorgehens für den Bereich der Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen erörtert. Im folgenden Kapitel soll begründet werden, warum zur standardisierten Erfassung von Therapiezielen im Bereich der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen überhaupt ein neues Erhebungsinstrument benötigt wird. Es soll gezeigt werden, dass die bisher entwickelten Instrumente nicht oder nur teilweise die Anforderungen an ein für dieses Projekt geeignetes Instrument erfüllt.

Um Therapieziele standardisiert erfassen und für Forschungszwecke nutzbar zu machen, ist es zunächst notwendig, individuelle Zielinhalte systematisch zusammenzufassen und nach bestimmten Kriterien zu ordnen. Die damit entstehenden Taxonomien oder Kategoriensysteme von Therapiezielen können dann als Grundlage für die Entwicklung von entsprechenden Zielerhebungsinstrumenten verwendet werden. Im Folgenden sollen deswegen sowohl potentiell relevante Kategoriensysteme von therapeutischen Zielsetzungen wie auch Fragebögen vorgestellt und hinsichtlich jeweils relevanter Kriterien kritisch diskutiert werden.

4.1 Kategoriensysteme

Im Rahmen der Entwicklung von Kategoriensystemen stellt sich zunächst die Frage nach Kriterien, die ein Kategoriensystem erfüllen sollte. Folgende Aspekte werden in der Literatur häufig benannt (vgl. Bortz & Döring, 1995b; Merten, 1995):

Bortz und Döring (1995b) fordern zunächst eine exakte Definition der Kategorien. Es muss aus der Formulierung klar hervorgehen, wann ein Untersuchungsobjekt (z.B. Therapieziele) zu einer bestimmten Merkmalskategorie zugeordnet werden kann. Das heißt, die Kategorien sollten wechselseitig exklusiv sein, damit unklare Einordnungen vermieden werden und ein Objekt nicht gleichzeitig mehreren Kategorien zugeordnet werden kann. Implizit ist in dieser Forderung der Anspruch enthalten, dass die Kategorien voneinander unabhängig sein sollen, das heißt, dass die Zuordnung eines Elementes nicht die Zuordnung eines anderen Elementes bedingt (Bortz & Döring, 1995b). Zudem sollte das Kategoriensystem erschöpfend sein, das heißt die Kategorien müssen so definiert sein, dass sie die Erfassung aller nur möglichen

manifesten Inhalte erlauben (vgl. auch Heimberg, 2001). Kategorien, die eine Restkategorien darstellen und verschiedene Merkmale zusammenfassen, sollten dementsprechend entweder erst gar nicht in einem Kategoriensystem vorhanden sein, oder, wenn man nicht darauf verzichten kann, nur einen kleinen Anteil der Untersuchungsobjekte enthalten. Grosse-Holtforth & Grawe (2002) fordern speziell für Kategoriensysteme von psychotherapeutischen Zielsetzungen zusätzlich, dass ein Kategoriensystem empirisch fundiert und praktikabel sein sollte. Dies bedeutet für ein Kategoriensystem von psychotherapeutischen Zielsetzungen, dass das verwendete Material aus tatsächlich stattgefundenen psychotherapeutischen Behandlungen stammt. Zusätzlich sollte die Taxonomie dergestalt sein, dass sie in der klinischen Praxis tätige Therapeuten für ihre Arbeit als relevant und verständlich erscheint, um so die Anwendung zu erleichtern. Das heißt, dass beispielsweise eine verständliche Sprache verwendet wird und Therapieziele auf verschiedenen Abstraktionsebenen formuliert werden können. Weitere Kriterien sind nach Grosse-Holtforth und Grawe (2002) eine ausreichende Reliabilität und Validität, welche sich teilweise auch aus den eben genannten Kriterien ableiten lassen. Reliabilität bedeutet in diesem Zusammenhang, dass unterschiedliche Kodierer, die Therapieziele in das Kategoriensystem einordnen, zu den gleichen Ergebnissen gelangen. Validitätsaspekte bei Taxonomien im Kontext psychotherapeutischer Zielsetzungen hingegen fordern unter anderem Zusammenhänge mit anderen klinisch relevanten Maßen und die Möglichkeit von klinisch relevanten Vorhersagen, wie zum Beispiel Diagnosen oder Behandlungsmaßnahmen (Grosse-Holtforth & Grawe, 2002).

Mittlerweile wurde eine ganze Reihe von verschiedenen Taxonomien zur Kategorisierung von Therapiezielinhalten entwickelt (Böcker & Breuer, 1980; Dimsdale, 1975; Faller & Gossler, 1998; Göllner, 1983; Heuft et al., 1996; Hill, 1969; McNair & Lorr, 1964; Riehl-Emde & Vogler, 1990; Ruff & Werner, 1987; Schulte-Bahrenberg, 1990). Diese Kategorisierungen sind hinsichtlich des Settings der Datenerhebung (stationär oder ambulant), der Herleitung der Kategorien (theoretisch oder empirisch), dem theoretischem Hintergrund (psychoanalytisch, verhaltenstherapeutisch, therapieschulenunabhängig) und der Differenziertheit (3 bis 130 Kategorien) sehr verschieden. Im Folgenden soll aber lediglich auf Entwicklungen eingegangen werden, welche die eben genannten Kriterien von Kategoriensystemen am ehesten erfüllen, eine detaillierte Beschreibung weiterer Kategorisierungsversuche findet sich beispielsweise bei Schulte-Bahrenberg (1990), Dirmaier (2000) oder Häfliger (1999).

In einer Studie von Göllner (1983) wurde ein Kategoriensystem anhand von Therapiezielen von 142 stationäre Patienten entwickelt. Im Unterschied zu den meisten früheren Studien war dies eine der ersten Studien, die den Weg der empirischen Erforschung von in Therapien

verfolgter Zielsetzungen wählten. Die von den Therapeuten benannten Therapieziele wurden in ähnliche Bereiche zusammengefasst und anschließend innerhalb von Oberkategorien geordnet. Es wurde also kein Kategoriensystem zur Überprüfung vorgegeben, sondern im Nachhinein geprüft, welche Kategorien den frei formulierten Therapiezielen implizit zugrunde liegen. Es wurden 5 Kategorien (interpersonaler Bereich, intrapersonaler Bereich, Beruf und Freizeit, Symptomatik, Spezielles) entwickelt, die in 26 Unterkategorien unterteilt sind, welche ihrerseits nochmals in insgesamt 49 Therapiezielbereiche untergliedert sind. Inhaltlich akzentuiert der interpersonale Bereich das Gebiet sozialer Kontakte, der intrapersonale mehr psychoanalytische Aspekte.

Göllner selbst gibt als Vorteile dieses Kategoriensystems an, dass die Anzahl der Kategorien und deren Grad der Überlappung relativ gering sei, da nur eine geringe Anzahl von Therapiezielen zu mehr als einer Kategorie zugeordnet werden konnte. Das System ist nicht auf eine bestimmte Schulrichtung zugeschnitten, sondern integriert verschiedene Akzentuierungen zu einem Gesamtkonzept psychotherapeutischer Zielsetzungen (Göllner, 1983). Die Verteilung der Therapieziele über die verschiedenen Kategorien ist zufriedenstellend, die Autoren berichten hierzu jedoch keine Prozentangaben, sondern veranschaulichen die Verteilung lediglich graphisch. Trotzdem zeigt dieser Überblick, dass es in jeder Kategorie ein dominantes Therapieziel gibt. So bezieht sich knapp die Hälfte der Therapieziele im „interpersonalen Bereich“ auf den Bereich „(Ehe-)Partner“, ebenfalls knapp die Hälfte der Therapieziele im „interpersonalen Bereich“ bezieht sich auf den Bereich „Autonomie“. Im Bereich „Beruf und Freizeit“ wird der Bereich „Arbeitsfähigkeit“ am häufigsten angesprochen. Der Bereich „Symptomatik“ wird von den Autoren nicht weiter differenziert.

Nach Häfliger (1999) liegen Schwachpunkte aber vor allem in der Reduzierung der Therapieziele auf Schlagworte (z.B. „Ehemann“ oder „Aggressivität“), da dadurch die präzisen Inhalte der Zielformulierungen verwischt werden. So gingen wichtige Aspekte, wie zum Beispiel die Richtung des zu erreichenden Verhaltens, verloren. Letztendlich werden in dem Kategoriensystem keine Therapieziele benannt, sondern lediglich einzelne Begriffe, innerhalb derer dann Therapieziele formuliert werden können. Dadurch werden insbesondere die Voraussetzungen der exakten Definition und der Exklusivität nicht erfüllt. Hinzu kommt, dass keine Angaben zur Reliabilität und Validität des Kategoriensystems berichtet werden.

Eine Kategorisierung von Therapiezielen für den ambulanten wie auch den stationären Psychotherapiebereich stammt von Heuft (1998). Hier wurde ein Kategoriensystem individueller Therapieziele (KITZ) als Bestandteil des Dokumentations- und Qualitätssicherungssystems

„Psy-BaDo“ (Heuft & Senf, 1998) erstellt. Zunächst wurde auf der Basis theoretischer Überlegungen ein Kategoriensystem entwickelt. Es entstanden fünf Therapiezielklassen:

- intrapsychische Probleme und Konflikte
- interpsychische Probleme und Konflikte
- somatische Beschwerden
- Medikamenten-/Suchtmittelkonsum
- rehabilitative Ziele

Anschließend wurde das System auf der Basis von Therapiezielen, welche in speziellen Dokumentationsbögen sowohl von Patienten wie auch Therapeuten formuliert wurden, modifiziert. Hierfür wurden anhand von 82 Behandlungsepisoden einer konsekutiven Stichprobe stationärer Patienten 262 individuelle Therapieziele von Seiten der Therapeuten und 230 patientenseitige individuelle Therapieziele ausgewertet. Die teilnehmenden Patienten wurden in einem multimodalem stationären Psychotherapiesetting auf psychoanalytischer Grundlage in einem universitären psychosomatischen Krankenhaus behandelt (Heuft et al., 1996). Die Zielformulierungen wurden innerhalb des therapeutischen Prozesses zusammen mit dem Patienten ausgehandelt und waren Teil der therapeutischen Interaktion. Die so entstandenen 492 Therapieziele wurden durch zwei unabhängige Rater mit Hilfe einer zirkulären textinhaltsanalytischen Methode nach Mayring (1990) in das schon bestehende System integriert. Dadurch resultierten insgesamt 89 Therapiezielkategorien (Heuft et al., 1996). Ein dem nächsten Schritt, welcher aber von den Autoren nicht näher beschrieben wird, wurden nochmals eine größere Menge an Therapiezielen in das System integriert. Dabei erhöhte sich die Anzahl der Unterkategorien auf 130 (Heuft & Senf, 1998). In einer die Entwicklung des Systems abschließenden Publikation schließen die Autoren (Heuft et al., 1998b), dass insgesamt mit Hilfe des KITZ rund 9000 Therapieziele von 2294 Behandlungsepisoden aus 9 Kliniken jeweils aus Patienten- und Therapeutesicht erfasst und kodiert wurden. Die auf diesen Gesamtdatensatz bezogene Interraterübereinstimmung lag bei 80%, die Responserate auf Patientenseite bei 85.7%, auf Therapeuteseite bei 93.9%. Von der Möglichkeit, Ziele am Ende der Behandlung als „entfallen“ zu kennzeichnen, wurde sowohl von Patienten wie auch Therapeuten nur äußerst selten Gebrauch gemacht, aus Gründen der Praktikabilität wurde auf die Möglichkeit der Veränderung von Therapiezielen während des Behandlungsverlaufs verzichtet (Heuft et al., 1998a).

Innerhalb der fünf Hauptkategorien (vgl. Kapitel 4.1) wurden auf Therapeutenseite überwiegend Therapieziele in der Kategorie „intrapyschisch“ kodiert (55.2%), gefolgt von 17.6% „interaktioneller“ und 17.9% „körperbezogener“ Therapieziele. Hauptkategorien wie „Sucht/Medikamente“ (1.6%) und „Rehabilitation“ (7.6%) waren hingegen nur selten besetzt. Auf Seiten der Patienten ergibt sich ein ähnliches Bild: intrapyschisch: 60.5%, interaktionell: 13.7%, körperbezogen 21.6%, Sucht/Medikamente 1.6%, Rehabilitation 2.8% (Heuft et al., 1998b).

Das System scheint, vor allem durch die detaillierten Kategorienbeschreibungen den Anforderungen von Präzision und Exklusivität zu genügen (Grosse-Holtforth & Grawe, 2002). Die Reliabilität, berechnet über die Interraterübereinstimmung, ist nach Heuft et al. (1998a) zufriedenstellend. Ein Kritikpunkt an dieser Taxonomie ist jedoch die Zweiteilung des Systems in wenige abstrakte und viele konkrete Ziele. So wurden die erfassten Zielsetzungen in 130 inhaltliche Kategorien eingeordnet, die sehr spezifisch formuliert sind, wohingegen die 5 Hauptkategorien eher abstrakt und theoriegeleitet angegeben wurden. Ebenso ist zu kritisieren, dass die Kategorienbildung von psychodynamisch ausgebildeten Urteilern vorgenommen wurde, was unter anderem in der Benennung der Kategorien deutlich wird und somit die Struktur und die Bezeichnungen der Kategorien des Systems eher psychodynamisch beeinflusst ist (Dirmaier, 2000). Präzision und Exklusivität sind zwar erfüllt, jedoch ist das Kriterium der Erschöpfung auch dadurch nicht gegeben, dass durch die theoriegeleitete Erstellung der Oberkategorien durch psychoanalytisch orientierte Forscher eine „psychoanalytische“ Gewichtung der Therapiezielformulierungen entstanden ist, eher verhaltenstherapeutisch orientierte Behandlungsziele sind dagegen unterrepräsentiert. Grosse-Holtforth und Grawe (2002) sind zusätzlich der Ansicht, dass die Voraussetzungen einer empiriegeleiteten Entwicklung eines derartigen Systems durch die stark theoriegeleitete Entwicklung der Zielkategorien verletzt wurde, was sich wiederum in der eher psychodynamischen Terminologie negativ bemerkbar macht.

Faller und Gossler (1998) entwickelten durch schrittweise inhaltsanalytische Analysen von 563 Therapiezielen von 198 Behandlungsepisoden einer psychotherapeutischen Ambulanz ein Kategoriensystem mit 28 Kategorien, deren Abstraktionsgrad im Vergleich zum KITZ zwischen den dort entwickelten Haupt- und Unterkategorien liegen. Diese 28 Kategorien sind aufgeteilt in 10 Kategorien zu verschiedenen Problembereichen (z.B. „körperliche Beschwerden“, „depressive Beschwerden“, „interpersonelle Probleme“) und 18 Zielkategorien (z.B. „körperliche Beschwerden bessern“, „Selbstvertrauen stärken“, „Kontaktfähigkeit verbessern“). Die Kategorien wurden durch Definitionen, die Angaben von Ankerbeispielen, in

denen der Inhalt einer Kategorie beschrieben wird und, falls nötig, Kodierregeln beschrieben (Faller & Gossler, 1998). Die Taxonomie zeigt bei den Problembereichen bei neun (von 10) Kategorien, bei den Zielbereichen bei 14 (von 18) Kategorien mindestens befriedigende Interraterübereinstimmungen (Cohens Kappa).

Überdies besitzt das System zufriedenstellende Präzision und Exklusivität, die Verteilung der Therapieziele über die einzelnen Kategorien ist jedoch eher ungleichmäßig: So werden im Bereich der Probleme von jeweils circa einem Drittel der Patienten „körperliche Beschwerden“, „depressive Beschwerden“ und „Angst“ angegeben. Die übrigen Kategorien sind mit 9-15% weitaus seltener besetzt. Bei den Zielbereichen wurden insbesondere Bereiche wie „unspezifisch Gesundheit erlangen“, „körperliche Beschwerden bessern“, „depressive Beschwerden bessern“ und „Angst bewältigen“ eher selten gewählt, möglicherweise aufgrund der Überschneidung mit den entsprechenden Problembereichen. Auch die Validität wurde von Faller (1998) hinsichtlich verschiedener Diagnosen und der Arbeitsbeziehung als zufriedenstellend bewertet. So wird beispielsweise der Zielbereich „Angst bewältigen“ von Patienten mit Angststörungen häufiger angegeben als von Patienten mit anderen Störungen, gleiches gilt für den Bereich „körperliche Beschwerden bessern“ bei Patienten mit somatoformen Störungen. Bezüglich der therapeutischen Arbeitsbeziehung (gemessen mit dem Fragebogen „initiale therapeutische Arbeitsbeziehung“, iTAB von Rudolf (1991) zeigten sich für unterschiedliche Therapieziele von Patienten unterschiedliche Einschätzungen der therapeutischen Arbeitsbeziehung. Im Gegensatz zum KITZ ist die Entwicklung dieses Systems empirisch basiert, da die Kategorien in einem iterativen Prozess der Zuordnung durch zwei Rater auf der Basis inhaltsanalytischer Vorgehensweisen entwickelt wurden, wodurch eine Neigung zu einer bestimmten theoretische Orientierung vermieden wurde (Grosse-Holtforth & Grawe, 2002).

Hauptkritikpunkt ist jedoch, dass die Kategorisierung nur eine Abstraktionsebene beinhaltet und somit keine Möglichkeit besteht, die Erfassung von Therapiezielen entsprechend den Anforderungen der jeweiligen Situation eher abstrakt beziehungsweise konkret zu gestalten. Insbesondere die Auswahl von konkreten, für die Behandlungsplanung relevanten Zielsetzungen ist mit diesem Instrument nicht möglich. Basierend auf diesem Kategoriensystem wurde von den Autoren ein Fragebogeninstrument zur Erfassung von Therapiezielen entwickelt, welches in Kapitel 4.2 näher erläutert wird.

Eine sehr elaborierte Arbeit stammt von der Arbeitsgruppe um Grosse-Holtforth aus Bern (Grosse-Holtforth & Grawe, 2002). Sie entwickelten die Taxonomie für Therapiezielinhalte

des Berner Inventars für Therapieziele (BIT-T). Das BIT-T ist ein Bestandteil des sich momentan in der Entwicklung befindlichen Berner Inventars für Therapieziele (BIT). Dieses beinhaltet neben dem BIT-T eine Therapiezielcheckliste (BIT-C, ein Fragebogeninstrument zur patientenseitigen Erfassung von Therapiezielen) und ein Ratingsystem (BIT-F) für die Beurteilung der formalen Qualität der Therapieziele anhand von festgelegten Beurteilungskriterien. Das BIT-T wurde auf der Datengrundlage von 1031 Behandlungszielen von 298 ambulant behandelten Patienten der Berner Universitätsklinik erstellt. Die Ziele wurden von den Patienten gemeinsam mit ihren Therapeuten innerhalb der ersten drei bis fünf Sitzungen definiert. In einem ersten Entwicklungsschritt wurden die 1031 Therapieziele in 2029 einzelne Ziele zerlegt, anschließend wurden ähnliche Ziele zusammengefasst, wodurch 326 voneinander getrennte Zieleinheiten entstanden. Anhand dieser Zieleinheiten wurden auf der Basis von Ähnlichkeitseinschätzungen mittels clusteranalytischer Verfahren ein Kategoriensystem entwickelt. Das System wurde im weiteren Verlauf der Entwicklung in einem iterativen Prozess unter anderem durch die Integration von 215 zusätzlich erhobenen Therapiezielen von stationären psychiatrischen Patienten weiter modifiziert. Letztendlich wurden Kategorien, die bis dahin durch das System noch nicht erfasst wurden, aus schon bestehenden Instrumenten wie dem KITZ von Heuft (1998) und dem Kategoriensystem von Faller (1998) ergänzt (Grosse-Holtforth & Grawe, 2002). Das so entstandene System beinhaltet drei hierarchisch aufeinander aufbauende Therapiezielebenen, auf der abstraktesten Ebene ergaben sich folgende fünf Zieltypen:

- Bewältigung spezifischer Probleme und Symptome
- Verbesserung des Wohlbefindens
- persönliches Wachstum
- interpersonelle Zielsetzungen
- existenzielle Zielsetzungen

Innerhalb dieser fünf Zieltypen wurden die Ziele in 26 Kategorien gegliedert. Diese 26 Kategorien beinhalteten wiederum 52 Subkategorien als konkreteste Ebene der Zielformulierungen.

Die Verteilung der Zielsetzungen über die Zieltypen ist eher ungleichmäßig. So definieren zwar 60.3% der Patienten Therapieziele auf der Ebene Symptombewältigung, 74.5% interpersonale Ziele und persönliche Entwicklung (45.9%), eher wenig jedoch auf den Ebenen Wohlbefinden (13.4%) und existenzielle Zielsetzungen (11.1%). Die Überprüfung der Verteilung

der Zielsetzungen auf der Ebene der 26 Kategorien zeigte, dass zwölf der Kategorien eine Ausschöpfung unter 5% aufweisen, davon zwei gar unter 1% (Grosse-Holtforth & Grawe, 2002). Die Verteilung der Therapieziele über die Kategorien des Systems ist also nur eingeschränkt zufriedenstellend. Die Restkategorien waren auf der Ebene der Zieltypen nur sehr selten besetzt (1.5%), auf der Ebene der Kategorien etwas häufiger mit 3.5% und auf der Ebene der Subkategorien konnten 21.9% der Ziele nicht zugeordnet werden, was jedoch lediglich bedeutete, dass die Ziele den übergeordneten Kategorien zugeordnet wurden.

Eine Überprüfung der Reliabilität (Cohens Kappa) des entwickelten Systems wurde durch Kodierung der schon für die Entwicklung verwendeten 2478 Therapieziele durch zwei Rater bewerkstelligt. Die Interraterübereinstimmung lag zwischen .78 und .83 auf der Ebene der Zieltypen und Werte zwischen .76 und .82 für die Zielkategorien. Wenn eine Kategorie gegen alle anderen getestet wurde, ergaben sich auf der Ebene der fünf Zieltypen Werte zwischen .72 und .83, auf der Ebenen der 26 Zielkategorien Werte zwischen .59 und .97. Für die 52 Subkategorien wurden hier keine Werte berichtet, da die Anzahl der Missing zu hoch lag. Die Kappa-Werte liegen somit überwiegend in einem guten bis sehr guten Bereich. Validitätsaspekte wurden in zweierlei Hinsicht überprüft: Zum einem wurde untersucht, inwieweit das System zwischen Patienten mit depressiven Störungen und Patienten mit Angststörungen unterscheidet, zum anderen wurden die Zusammenhänge mit den Instrumenten SCL-90-R (Franke, 1995) und dem IIP-D (Horowitz et al., 1994) überprüft. Es zeigte sich, dass das System sowohl auf der Ebene der Zieltypen wie auch auf der Ebene der Zielkategorien zwischen den beiden Diagnosegruppen hinreichend differenziert. So definieren auf der Ebene der Zieltypen Patienten mit Angststörungen häufiger problem- bzw. symptombezogene Zielsetzungen als Patienten mit depressiven Störungen (83.1% versus 50.6%). Patienten mit depressiven Störungen hingegen formulieren häufiger interpersonelle Zielsetzungen (80.7% versus 55.1%). Auf der Ebene der 26 Zielkategorien definieren Angstpatienten häufiger Ziele, die sich auf den Bereich „Befürchtungen oder Ängste“ beziehen. Depressive Patienten hingegen formulieren Ziele aus den Bereichen „depressive Symptome“, „Stress“, die „gegenwärtige Beziehung“, „Kontakt und Nähe“, „Einstellungen gegenüber sich selbst“ sowie „Wünsche und Bedürfnisse“ (Grosse-Holtforth & Grawe, 2002). Hierbei wird deutlich, dass die Zielauswahl bei depressiven Patienten deutlich heterogener als die von Angstpatienten ist. Bezüglich der Zusammenhänge mit den standardisierten Instrumenten (SCL-90-R, IIP-D) zeigten sich teilweise erwartungsgemäße Zusammenhänge mit der Zieldefinition. Patienten mit Zielen aus dem Bereich der „depressiven Symptome“ zeigten beispielsweise entsprechend höhere Werte in der Skala Depressivität des SCL-90-R. Ebenso hatten Patienten mit Zielen aus dem

Bereich „Durchsetzungsfähigkeit“ auch höhere Werte auf entsprechenden Skalen des IIP, wie beispielsweise der Skala „selbstunsicher“. Dieses Kategoriensystem diente dann als Grundlage für die Entwicklung eines Fragebogens zur patientenseitigen Erfassung von Therapiezielen, welcher in Kapitel 4.2.1 näher beschrieben und auf seine Übertragbarkeit für den Rahmen dieser Studie hin überprüft werden soll.

Noch deutlicher werden Ungleichmäßigkeiten bezüglich der Verteilung der Therapieziele, wenn, wie in einer Studie von Berking (2004; 2001), sich die Angaben auf den Anteil der Zielsetzungen pro Kategorie beziehen, und nicht auf den Anteil der Patienten, die diese Kategorie wählten. In dieser sich explizit mit Therapiezielen der Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen beschäftigenden Studie wurden insgesamt 4431 Patienten hinsichtlich ihrer Zielsetzungen am Anfang ihrer Rehabilitationsbehandlung und der Zielerreichung am Ende der Behandlung befragt. Die Therapieziele wurden zu Beginn der Behandlung freitextlich formuliert und am Ende der Behandlung hinsichtlich ihrer Erreichung eingeschätzt. Für jeden Behandlungsfall wurden dann die benannten Therapieziele von zwei Ratern den Kategorien des BIT-T zugeordnet. Die dabei erhobenen Interrater-Übereinstimmung (Cohens Kappa) lag für die oberste Kategorienebene bei .80, für die mittlere Ebene bei .76, für die feinste Abstraktionsebene bei .70. Es zeigte sich, dass 47.5% der Therapieziele dem Bereich „Bewältigung spezifischer Probleme und Symptome“ zugeordnet wurden, 15.9% dem Bereich „Verbesserung des Wohlbefindens“, 13.1% dem Bereich „persönliches Wachstum“, 12.5% dem Bereich „interpersonelle Zielsetzungen“ und lediglich 3.5% dem Bereich „existentielle Zielsetzungen“. Auf einer mittleren Auflösungsebene waren am häufigsten Ziele der Kategorie „körperbezogenen Probleme“ (14.9%), gefolgt von den Bereichen „Ängste bewältigen“ (9%), „Entspannung und Gelassenheit finden“ (8%) sowie „Probleme in umschriebenen Lebensbereichen und Stress“ (6.9%) gewählt. Auf der feinsten Auflösungsebene wurden am häufigsten Ziele wie „körperliche Schmerzen“ (7.7%), „andere spezifische körperliche Probleme“ (6.5%), „Entspannung und Gelassenheit“ (6.1%) sowie „Ängste“ (5.1%) genannt.

Von Dirmaier et al. (2002) wurde ein Kategoriensystem von potenziell relevanten Therapiezielen insbesondere für den Bereich der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen entwickelt, welches als Grundlage der hier beschriebenen Studie verwendet wurde. Im Rahmen der Entwicklung, die ausführlich bei Dirmaier (2000) beschrieben ist, wurde ein zweistufiges Vorgehen gewählt: Zunächst wurde eine Analyse von Entlassungsberichten der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen durchgeführt. Dafür wurden insgesamt 242 Entlassungsberichte

einer strukturierenden Inhaltsanalyse unterzogen und daraufhin untersucht, welche Therapieziele sowohl explizit in dem Kapitel „Therapieziele“ wie auch implizit in den restlichen Kapiteln genannt werden. Zur systematischen Darstellung der Ziele wurde ein Kategoriensystem entwickelt, welches die Zielsetzungen in vier Zieldimensionen unterteilt:

- psychosozial Dimension
- somatische Dimension
- edukative Dimension
- Dimension der Aktivitäten/Partizipation

Innerhalb dieser vier Zieldimensionen sind die Ziele hierarchisch in drei Ebenen gegliedert. In einem zweiten Schritt diente dieses Kategoriensystem dann als Grundlage einer eingehenden Revision und Optimierung durch sowohl postalische Befragung von Experten der Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen als auch innerhalb eines Workshops mit 14 leitenden Ärzten und Ärztinnen aus psychosomatischen Fachkliniken. Durch die Beteiligung der Experten ergaben sich letztendlich innerhalb der vier Zieldimensionen insgesamt 211 verschiedene Codierungsmöglichkeiten auf drei Abstraktionsebenen: 31 Hauptkategorien, 76 Kategorien und 104 Unterkategorien. Es entstand so ein differenziertes, Kategoriensystem, welches die in den Entlassungsberichten verwendeten Zielformulierungen hinreichend abbildet und zudem generisch bei verschiedenen Diagnosen und unterschiedlicher theoretischer Orientierung der Behandlung anwendbar ist. Die Prüfung der Reliabilität des Kategoriensystems ergab einen durchschnittlichen Wert von .69 (Cohens Kappa), welcher auf eine zufriedenstellende Reliabilität hinweist (Bortz, 1995)). Eine Analyse der Ausschöpfung des Kategoriensystems zeigte auf der Ebene der Zieldimensionen, dass sich die überwiegende Anzahl der Ziele in die Zieldimension „Besserung von Beschwerden auf psychosozialer Ebene einteilen ließen (46%), 25% aller Zielangaben sind der Dimension „Zielsetzungen auf edukativer Ebene“ zugeordnet, 23% der Dimension „Besserung von Beschwerden auf somatischer Ebene“ und nur 6% der Dimension „Zielsetzungen auf funktionaler Ebene“.

Mit 211 Kodiermöglichkeiten ist das System sehr umfangreich, was jedoch der Absicht entsprach, eine möglichst umfassende Darstellung potenzieller Zielformulierungen zu erhalten, um auf dessen Grundlage in weiteren Studien valide und praktikable Instrumente entwickeln zu können. Das System erschien also durchaus geeignet, im Rahmen dieser Studie als Grundlage für weitere Modifizierungen an einer größeren Stichprobe von Therapieziele zu dienen.

Das methodische Vorgehen und die Ergebnisse dieser Revision des Systems sind in Kapitel 5 ausführlich dargestellt.

4.2 Zielerfassungsinstrumente

Die im Rahmen dieser Studie durchgeführte Instrumentenentwicklung hatte zum Ziel, ein reliables und valides Zielerfassungsinstrumentarium für den Bereich der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen zur Verfügung zu stellen, welches sowohl in der klinischen Praxis im Rahmen der Therapieplanung wie auch für die praxisorientierte Forschung dienlich ist. Zusätzlich sollten das Instrumentarium im Rahmen einer individualisierten Ergebnismessung verwendbar sein. In Anlehnung an Kapitel 3.3 sind an ein derartige Instrument folgend Anforderungen zu stellen:

- Erfassung von sowohl Patienten- wie auch Therapeutenperspektive
- Erfassung der rehabilitationsrelevanten Zieldimensionen (psychosozial, somatisch, edukativ, Aktivität/Partizipation)
- Verwendung positiver Zielformulierungen
- hierarchischer Aufbau, also Erfassung von sowohl abstrakten wie auch konkreten Zielsetzungen
- möglichst generisch, das heißt diagnosen- und therapieschulenunabhängig
- möglichst erschöpfend bei gleichzeitig bewältigbarem Itemumfang
- gute Reliabilität und Validität
- klinische Relevanz der Zielinhalte

Diese Kriterien sollen unter anderem zur Bewertung der im Folgenden beschriebenen Zielerhebungsinstrumente herangezogen werden.

In den letzten Jahren entstanden vor allem im deutschsprachigen Bereich einige Instrumente zur standardisierten Erfassung von Therapiezielen und deren Erreichung (Driessen et al., 2001; Faller, 2000; Grosse-Holtforth & Grawe, 2002; Karcher et al., 2001), die im Folgenden dargestellt und anhand der beschriebenen Kriterien kritisch diskutiert werden sollen.

Die Entwicklung dieser Instrumente erfolgte meist zunächst durch eine Erhebung der innerhalb von Therapien verwendeten Zielformulierungen, die dann systematisch zusammengefasst wurden, um schließlich nach bestimmten Kriterien geordnet werden zu können. Diese damit entstandenen Taxonomien (Kategoriensysteme) dienten dann als Grundlage für die

Entwicklung von entsprechenden Zielerhebungsinstrumenten. In der nun folgenden Übersicht sollen verschiedene in der Literatur beschriebene Fragebogeninstrumente zur Erfassung von Therapiezielen dargestellt werden, einige der Instrumente basieren auf den im vorangehenden Kapitel 4.1 dargestellten Kategoriensystemen.

In der Literatur finden sich zwei unterschiedliche Herangehensweisen an die Erfassung von Therapiezielen: Einerseits wurden Instrumente entwickelt, mit denen die Ziele von Therapeuten innerhalb einer Psychotherapie erhoben werden, andererseits Fragebögen, die den Patienten zur Selbsteinschätzung ihrer jeweiligen Therapieziele dienen. Für beide Gruppen werden im Folgenden exemplarisch die relevanten Entwicklungen beschrieben, andere Instrumente bieten zum einen nur wenig zusätzliche relevante Informationen, zum anderen findet sich eine ausführliche Beschreibung insbesondere älterer Instrumente beispielsweise bei Schulte-Bahrenberg (1990) oder Dirmaier (2000).

4.2.1 Selbstbeurteilungsinstrumente

Erst kürzlich wurde von Faller (2000) der **Fragebogen zur Erfassung von Therapiezielen** entwickelt. In diesem 24 Items umfassende Fragebogen wurden die Items entsprechend denjenigen inhaltlichen Kategorien formuliert, welche die qualitative Auswertung von schriftlichen Angaben von Patienten bei Erstuntersuchungen in einer an eine universitäre psychotherapeutische Klinik angegliederten Psychotherapieambulanz erbracht hatten (vgl. Faller & Gossler, 1998, vgl. auch Kapitel 3.1). In diesem Fragebogen werden Patienten auf einer fünfstufigen Likert-Skala (1=„überhaupt nicht“, 2=„ein wenig“, 3=„ziemlich“, 4=„stark“, 5=„sehr stark“) hinsichtlich ihrer Behandlungsziele befragt. Das Instrument wurde an 152 Patienten überprüft, die sich zur Erstuntersuchung an einer universitären psychotherapeutischen Poliklinik vorstellten. Auf der Grundlage explorativer Faktorenanalysen und inhaltlichen Überlegungen wurden die 24 Zielformulierung in drei Skalen zusammengefasst: Einsicht, Kontaktfähigkeit und Selbstbehauptung.

Die Skalen weisen jedoch hohe Interkorrelationen auf, was darauf schließen lässt, dass die Unabhängigkeit und somit die faktorielle Validität der Skalen beeinträchtigt ist und inhaltliche Überschneidungen vorhanden sind, womit die Analyse differentieller Muster von vornherein eingeschränkt erscheint. Dies zeigt sich dann auch bezüglich der Zusammenhänge des Instruments mit den von den Patienten erwarteten Interventionen (Behandlungserwartungen). Es zeigen sich keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Behandlungserwartungen. Ein ähnliches Bild resultiert bezüglich der Zusammenhänge mit den Ursachenvorstellungen. Auch

hier sind differentielle Muster nicht zu erkennen. (Faller, 2000). Ebenso wenig ließen sich zwischen den Zielen und der Indikationsstellung zu einem der beiden therapeutischen Verfahren (psychoanalytisch oder verhaltenstherapeutisch orientierte Verfahren) keine systematischen Zusammenhänge feststellen. Das Instrument war jedoch in der Lage, zwischen den fünf häufigsten Diagnosegruppen (affektive Störungen, Anpassungsstörungen, Angststörungen, somatoforme Störungen und Persönlichkeitsstörungen) zu unterscheiden (Faller, 2000).

Insgesamt scheint das Instrument jedoch für differenziertere Analysen aufgrund der doch recht globalen Einschätzung von wenigen Therapiezielen auf lediglich einem Abstraktionsniveau und der Einschränkungen hinsichtlich der Validität kaum für eine Verwendung im Rahmen dieser Studie geeignet zu sein.

Eine weitere Entwicklung ist der **Fragebogen zu persönlichen Therapiezielen (FRAPT)** von Driessen et al. (2001). Hier wurde speziell für den Bereich der stationären psychiatrischen Behandlung ein Selbstbeurteilungsinstrument unter Berücksichtigung der Literatur und wiederholten Konsensuskonferenzen mit Psychiatern und Psychotherapeuten unterschiedlicher theoretischer Orientierung erarbeitet und an einer Stichprobe von 161 psychiatrischen Patienten aus fünf diagnostischen Klassen (F1-F4 und F6, jeweils $n \leq 30$) empirisch überprüft (Driessen et al., 2001). Es resultierten 42 Items, die aufgrund faktoranalytischer Ergebnisse in 6 Subskalen unterteilt wurden. Die einzelnen Skalen sind: 1. Vertrauen zu sich und anderen; 2. Aktive Auseinandersetzung mit sich und der Krankheit; 3. Bewältigung von Misshandlungserfahrungen und Selbstschädigung; 4. Bewältigung von Depression und Angst; 5. Verbesserungen in der Familie und der sozioökonomischen Bedingungen; 6. Bewältigung von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit. Die internen Konsistenzen (Cronbachs alpha) der einzelnen Subskalen sind nur teilweise als zufriedenstellend bis gut einzuschätzen, Einschränkungen ergeben sich vor allem auf den Skalen „Bewältigung von Depression und Angst“ (.69), „Verbesserungen in der Familie und der sozioökonomischen Bedingungen“ (.67) und „Bewältigung von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit“ (.53). Bezüglich der Validität ergaben sich zufriedenstellende Zusammenhänge zwischen den Subskalen des FRAPT und diagnostischen Subklassen einerseits und dem Ausmaß der psychischen Belastung (Global Severity Index der SCL-90-R) andererseits.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die psychometrischen Eigenschaften des Instruments zufriedenstellend erscheinen, ebenso ist das Instrument diagnosen- und therapieschulenunabhängig. Einschränkungen ergeben sich aber hinsichtlich der Erfassung von Therapiezielen auf lediglich einer Abstraktionsebene, ebenso scheinen einige, insbesondere für die statio-

näre Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen wichtige Zielbereiche (z.B. edukative und somatische Zielsetzungen und Ziele aus dem Bereich der Aktivität/Partizipation) nicht oder nur unzureichend erfasst, was möglicherweise auf die geringe Stichprobengröße zurückzuführen ist. Somit erscheint das Instrument nicht in der Lage, die in Kapitel 3.2 beschriebenen Zielbereiche der Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen erschöpfend abzubilden.

Als Bestandteil einer größeren Studie zur Ergebnisqualität der Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen (EQUA-Studie) wurde der **strukturierte Therapiezielkatalog (SZK)** entwickelt, der neben der Erfassung von Therapiezielen auch eine Einschätzung der Zielerreichung erlaubt (Karcher et al., 2001; Lichtenberg et al., im Druck; Schmidt et al., 2000; Schmidt et al., 2003). Im Rahmen der Entwicklung wurden zunächst 123 verschiedene Therapieziele aus vergleichbaren Instrumenten ausgewählt und dann zur Einschätzung hinsichtlich ihrer Relevanz 20 Experten der Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen vorgelegt. Gleichzeitig wurden 415 freitextliche Therapieziele von Therapeuten inhaltsanalytisch ausgewertet (Lichtenberg et al., im Druck). Nähere Angaben zur Auswahl der Zielsetzungen und dem Prozess der Kategorienbildung werden nicht gemacht. Das resultierende Instrument beinhaltet 89 Therapieziele, die sich in 8 Kategorien gliedern: „Körperliche und seelische Aspekte“, „Selbsterkenntnis und Problembewusstsein“, „Lebensperspektive und Zukunftsplanung“, „Verhalten, Umgang mit Problemen, Medikamenten und Risikoverhalten“, „Beziehung zu anderen und sozialen Fähigkeiten“, „Arbeit, Beruf, Alltag und Freizeit“, „Information und Beratung“ und „Psychotherapie, nachfolgende ambulante Psychotherapie und erneute stationäre psychosomatische Heilbehandlung“. Zur Erfassung der Behandlungsziele sollen die Patienten beliebig viele Ziele ankreuzen, bis zu fünf freitextliche Formulierungen sind möglich. Im Anschluss daran soll der Patient bis zu fünf für seine Behandlung am wichtigsten Zielsetzungen kennzeichnen, diese werden dann am Ende der Behandlung von dem Patienten auf einer vierstufigen Ratinskala (von 3=„vollständig erreicht“, 2=„größtenteils erreicht“, 1=„teilweise erreicht“, 0=„überhaupt nicht erreicht“) hinsichtlich der Zielerreichung eingeschätzt. Am Ende der Behandlung besteht für den Patienten zudem die Möglichkeit, Therapieziele, die zu Beginn der Behandlung definiert wurden, als „nicht mehr relevant“ zu kennzeichnen, gleichzeitig können bis zu drei neue Zielsetzungen definiert werden.

In diesem Instrument ist also die Möglichkeit der Angabe von Zielveränderungen im Verlauf der Therapie gegeben. Zur Berechnung eines Zielerreichungsindex wird die Summe aus den einzelnen Zielerreichungseinschätzungen gebildet und dieser Werte durch die Anzahl der

angegebenen Ziele geteilt (Lichtenberg et al., im Druck). Um vergleichende Aussagen zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung zu erhalten, wurde eine zweite Version des SZK entwickelt, die vom therapeutischen Behandler des Patienten nach demselben Vorgehen wie bei den Patienten ausgefüllt wird. Insgesamt wurden 486 Patienten zu Beginn, am Ende und ein Jahr nach der Rehabilitationsbehandlung hinsichtlich ihrer Zielsetzungen und der Zielerreichung befragt. Die Therapeutenversion wurde von 592 Therapeuten zu Beginn und am Ende der Behandlung ausgefüllt, eine katamnestische Erhebung erfolgte bei den Therapeuten nicht. Die Ergebnisse zeigten, dass sich die Auswahl der Patienten hauptsächlich auf Ziele aus dem Bereich „Reduktion körperlicher und seelischer Symptome“ beziehen, die Therapeuten hatten den Schwerpunkt ihrer Zielauswahl auf der Kategorie „Selbsterkenntnis und Problembewusstsein“ gelegt. 88% der Patienten wählten fünf wichtige Ziele für ihre Behandlung. Insgesamt nutzten 37% der Patienten die Möglichkeit, am Ende der Behandlung Therapieziele hinzuzufügen, die sich im Verlauf der Behandlung erst ergeben hatten. Bezüglich der Zielerreichung zeigte sich, dass die neu hinzugekommenen Ziele im Gegensatz zu den zu Beginn definierten Zielen eine höhere Zielerreichung aufwiesen. Im Weiteren konnten gezeigt werden, dass die Therapeuten die Zielerreichung optimistischer einschätzen.

Angaben zur Reliabilität des Instruments fehlen, Angaben zur Validität beziehen sich lediglich auf Aspekte der Zielerreichung, nicht jedoch auf die vorgenommene Kategorisierung der Zielinhalte. So korreliert der Zielerreichungsindex mit verschiedenen Maßen der Ergebnisqualität, die Autoren schlussfolgern dementsprechend, dass das Instrument geeignet erscheint, die Ergebnisqualität der Behandlung abzubilden (Lichtenberg et al., im Druck). Da das Instrument zum Zeitpunkt der Durchführen dieser Studie noch nicht veröffentlicht war, erübrigt sich eine vorweggenommene Einschätzung der Übertragbarkeit, eine vergleichende Bewertung mit dem in dieser Studie entwickelten Instrument wird in Kapitel 7 vorgenommen.

Die jüngste Entwicklung im Bereich der Selbstbeurteilungsinstrumente stellt die **Therapiezielcheckliste (BIT-C) des Berner Inventars für Therapieziele** von Grosse-Holtforth und Grawe (Grosse-Holtforth, 2001; Grosse-Holtforth & Grawe, 2002) dar. Dieser Fragebogen entstand auf Grundlage des in Kapitel 4.1 dargestellten BIT-T, indem die Unterkategorien des entwickelten Kategoriensystems in umgangssprachliche Fragebogenitems umformuliert und mittels der ebenfalls umgangssprachlich formulierten Bezeichnungen der Kategorien und Zieltypen in 28 Zielgruppen innerhalb von fünf Zieltypen gegliedert wurden. Das entwickelte Instrument besteht in einer revidierten Fassung aus 65 Items. Die Therapieziele können durch Ankreuzen ausgewählt und, falls nötig, durch freie Formulierungen ergänzt werden. In einem zweiten Teil der BIT-C sollen die Patienten aus allen angekreuzten Therapiezielen ihre fünf

wichtigsten auswählen und in Bezug auf ihre eigene Situation ausformulieren (Grosse-Holtforth, 2001).

Ergebnisse des Einsatzes des Instruments hinsichtlich der Verwendung als Checkliste (nicht wie in Kapitel 4.1 beschrieben als Kategoriensystem, dem schon erhobenen Ziele zugeordnet werden) wurden erstmalig von Grosse-Holtforth (Grosse-Holtforth, 2001) veröffentlicht. Hier wurden an 128 zukünftige stationäre Psychotherapiepatienten mit dem BIT-C danach befragt, welche Therapieziele sie für ihren stationären Aufenthalt aus der Checkliste wählen. Die Patienten wurden zunächst gebeten, alle für sie wichtigen Therapieziele in der Checkliste auszuwählen, um dann in einem zweiten Schritt eine Auswahl ihrer bis zu fünf wichtigsten Therapieziele zu treffen. Im Durchschnitt wählten die Patienten hier 4.5 Ziele aus, die sich bei 44% der Patienten über drei Oberkategorien verteilten. 99% der Patienten wählten Therapieziele aus dem Bereich „Problem- und Symptombewältigung“, 93% im Bereich „Verbesserung des Wohlbefindens“, 80% Ziele im „zwischenmenschlichen Bereich“, 54% der Patienten wählten Ziele aus der Oberkategorie „Selbstbezogenen Ziele“ und 21% im Bereich „Orientierung im Leben“.

Hinweise auf Validitätsaspekte des Instruments lassen sich in einem Vergleich von drei Diagnosegruppen (Angstpatienten, depressive Patienten und Patienten mit Essstörungen) finden. Signifikante Unterschiede lagen für die Kategorien Ängste, Essstörungen, bestehende Partnerschaft, Elternschaft/aktuelle Familie, andere Beziehungen, Bewegung/Aktivität sowie Entspannung/Gelassenheit vor. Das System scheint somit zwischen unterschiedlichen Diagnosegruppen zu differenzieren. Auf Itemebene wurde die mittlere Itemschwierigkeit und die mittleren Item-Interkorrelationen bestimmt. Einschränkungen der Itemschwierigkeit zeigten sich bei Zielkategorien wie „Entspannung und Gelassenheit“ und „Wohlbefinden“, weswegen der Autor hier auf Präziserungsbedarf schließt. Einschränkungen aufgrund zu hoher Item-Interkorrelationen ergaben sich mit einer Korrelationen von .64 lediglich bei den Items „meine Essprobleme bewältigen“ und „mit meinem Gewicht umgehen lernen“.

Inbesondere aufgrund der fehlenden Therapeutenperspektive und der nur unzureichend erfassten Bereiche der edukativen und somatischen Dimension der Behandlung in der Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen erschien uns eine Verwendung des Systems im Rahmen dieser Studie nicht sinnvoll. In Kapitel 7 werden die beiden Instrumente (eigene Entwicklung, BIT-C) nochmals vergleichend diskutiert.

4.2.2 Fremdbeurteilungsinstrumente

Basierend auf Arbeiten von Michaux und Lorr (1961), die eine Kategorisierung von Therapiezielen auf der Basis von theoretischen Überlegungen entwickelten, konstruierten McNair und Lorr (1964) das **Goal Statement Inventory (GSI)**. Dieser aus 30 Items bestehende Fragebogen wurde in der Studie von McNair und Lorr (1964) von 259 Therapeuten dazu verwendet, die Therapieziele von 523 Patienten einzuordnen, indem die Therapeuten für jedes Item beurteilten, ob es für einen bestimmten Patienten ein Behandlungsziel darstellte oder nicht. Faktoranalytisch konnten anhand der Daten drei Faktoren identifiziert werden: *Reconstructive Goals*, *Goals of Stabilization* und *Situational Adjustment Goals*. Die auf theoretischen Überlegungen basierenden Kategorien von Michaux und Lorr (1961) konnten somit nicht bestätigt werden.

Aufbauend auf den Arbeiten von McNair und Lorr (1964) entwickelten Böcker und Breuer (1980) ein deutschsprachiges Instrument zur therapeutenseitigen Zielerfassung. Das Instrument nimmt zum einen Merkmale der Person des Therapeuten (Ausbildung, Ausrichtung etc.) und Merkmalen der Institution auf, zum anderen enthält es einen Bogen zur Erfassung der therapeutischen Zielsetzungen, welcher im wesentlichen dem Zielfragebogen von McNair und Lorr (1964) entspricht. Die befragten Therapeuten sollten neben Angaben zur eigenen Person eine bis drei Therapiesitzungen hinsichtlich der dabei angestrebten Therapieziele charakterisieren, wobei sie dabei aus 32 vorgegebenen Therapiezielen auswählen konnten. Der Fragebogen wurde so an einer Stichprobe von 28 Therapeuten für 61 Therapiesitzungen überprüft. Eine faktorielle Überprüfung der Ergebnisse erbrachte folgende vier Dimensionen: „Herstellen einer therapeutischen Beziehung“, „Problembewältigung und Selbsteinsicht“, „Selbstregulation“ sowie „Soziale Beziehungen und emotionale Lage“.

Die Validität des Instruments zeigte sich einerseits in der Abhängigkeit der Zielauswahl von der theoretischen Orientierung des Therapeuten, andererseits im Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Erkrankung, Erfolgswahrscheinlichkeit und unterschiedlichen Zielbereichen. Zusammenfassend zeigte sich bei den unterschiedlichen Stadien der Entwicklung von Michaux und Lorr (1961), dass sich keine einheitliche Faktorenstruktur replizieren ließ. Das Instrument wurde dementsprechend nicht weiter verwendet.

Hill und O'Grady (1985) entwickelten die **Therapist Intention List (TIL)**, ein Instrument zur therapeutenseitigen Zielerfassung mit 19 Items. Im Rahmen der Konstruktion des Instruments wurden zunächst mittels der Literatur die gängigen Zielsetzungen verschiedener therapeutischer Orientierungen zusammengefasst und durch in therapeutischen Sitzungen tatsäch-

lich verwendeten Zielsetzungen ergänzt und modifiziert. Es entstanden 19 Zielbereiche („intentions“), die eher im Sinne von Überschriften mit Spezifizierungen verstanden werden können. Im einzelnen sind dies: Grenzen setzen; Informationsvermittlung; Informationsbeschaffung; Unterstützung; Zielgerichtetheit des Patienten; Aufklärung; Hoffnung; Kognitionen, Verhalten; Selbstkontrolle; Gefühle; Einsicht; Veränderung; Veränderung verstärken; Widerstand; Herausforderung; Beziehung; Bedürfnisse des Therapeuten. In einer Studie, in der 42 Therapeuten für jede ihrer während einer therapeutischen Sitzung stattfindenden sprachlichen Äußerungen angeben sollten, welche der 19 „intentions“ zutrifft, zeigten sich, entsprechend den Hypothesen der Untersuchung, Unterschiede in der Zielauswahl zwischen Therapeuten verschiedener theoretischer Orientierungen. Das Instrument ermöglicht letztendlich aber lediglich eine globale Erfassung der grundlegenden, prozessorientierten Handlungsintentionen von Therapeuten, spezifische Zielsetzungen für psychotherapeutische Behandlungen können damit nicht erfasst werden.

Als eine neuere, der TIL ähnliche Entwicklung ist der Zielerfassungsbereich des **Common Core Questionnaire (CCQ)** von Ambühl (1994) zu nennen. Dieser durch Expertendiskussionen und somit rein theoriegeleitet entstandene Fragebogen für Therapeuten beinhaltet eine Liste mit 16 Zielformulierungen, deren Wichtigkeit auf einer fünfstufigen Skala durch die Therapeuten für ihre Therapie eingeschätzt werden sollten. Auch hier konnten, wie auch mit TIL Zusammenhänge zwischen der Zielauswahl und der therapeutischer Orientierung der Therapeuten festgestellt werden. Mit nur 16 eher abstrakten und globalen Zielsetzungen erscheint das Instrument aber nicht in der Lage, die heterogenen Zielsetzungen der Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen hinreichend erschöpfend zu erfassen.

Insgesamt wird bei der Beschreibung therapeutenseitiger Zielerfassungsinstrumente deutlich, dass hier ein Mangel an Instrumenten besteht, die es erlauben, auf einer konkreten, individuellen Ebene Therapieziele für Patienten auszuwählen und für die Behandlungsplanung zu verwenden.

5 Modifikation und Überprüfung des Kategoriensystems psychotherapeutischer Zielsetzungen

Aufbauend auf die schon geleisteten Vorarbeiten soll im folgenden Kapitel die Weiterentwicklung des Kategoriensystems psychotherapeutischer Zielsetzungen dargestellt werden. Dieses Kategoriensystem wurde im Rahmen einer früheren Studie (Dirmaier, 2000; Dirmaier et al., 2002, vgl. auch Kapitel 4.1) entwickelt.

Für die Weiterentwicklung des Systems wird nun in einem ersten Schritt die Frage überprüft werden, ob die schon vorhandene Version des Kategoriensystems von Therapiezielen auf weitere Diagnosebereiche der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen erweitert werden kann und welche Veränderungen gegebenenfalls nötig sind. Zusätzlich soll geprüft werden, ob sich das System auch auf den Indikationsbereich der Abhängigkeitserkrankungen anwenden lässt, das heißt, ob das System auf den gesamten Bereich der Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Erkrankungen anwendbar ist. In einem nächsten Entwicklungsschritt werden dann die psychometrischen Eigenschaften des entwickelten Kategoriensystems hinsichtlich Reliabilität und Validität getestet. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wie auch aufgrund zu geringer Stichprobengrößen beschränkt sich die Durchführung der Analysen und die Darstellung der Ergebnisse der Analysen auf die Ebenen der 4 Zieldimensionen sowie der 21 Hauptkategorien.

Das resultierende modifizierte Kategoriensystem psychotherapeutischer Zielsetzungen soll dann als Grundlage für die Entwicklung eines Zielerfassungsinstrumentariums dienen, welche in Kapitel 6 näher beschrieben wird.

5.1 Modifikation des Kategoriensystems psychotherapeutischer Zielsetzungen

5.1.1 Methodik

In Anlehnung an die Vorgehensweise bei der Entwicklung der ersten Version des Kategoriensystems (Dirmaier, 2000; Dirmaier et al., 2002) dienten als Material zur Datengewinnung die am Ende einer Rehabilitationsmaßnahme zu erstellenden Entlassungsberichte. Dabei wurden die in den Entlassungsberichten formulierten Therapieziele einer umfangreichen Stichprobe von Patienten sowohl der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Erkrankungen wie auch der stationären Rehabilitation von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen erfasst und innerhalb des bestehenden Kategoriensystems kodiert. Der frei zu formulierende, aber an einem festen Gliederungsraaster zu orientierende ärztliche

Bericht beinhaltet die Aspekte „Allgemeine und klinische Anamnese“, „Jetzige Beschwerden und funktionelle Einschränkungen“, „Gegenwärtige Therapie und behandelnde Ärzte“, „Allgemeine Sozialanamnese“, „Berufsanamnese“, „Aufnahmebefund, Vorbefunde und ergänzende Diagnostik“, „Rehabilitationsdiagnosen und -ziele“, „Rehabilitationsverlauf“, „Rehabilitationsergebnis“ und „Sozialmedizinische Epikrise“ ein. Die Struktur dieser Entlassungsberichte ermöglichte es somit, die therapeutischen Zielsetzungen in dem Kapitel „Rehabilitationsdiagnosen und -ziele“ zu erfassen.

Zur inhaltsanalytischen Auswertung dieser Berichte wurde, in Anlehnung an Dirmaier (2000) ein Verfahren angewendet, das an der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2002) orientiert ist und einer Kombination qualitativer und quantitativer Elemente entspricht. Die Erfassung und Auswertung der in den Entlassungsberichten formulierten Therapieziele erfolgte mittels des Programms MAXQDA (VERBI GmbH, 2001), einem Programm zur computergestützten Inhaltsanalyse, welches die Konstruktion von hierarchischen Kategoriensystemen unterstützt und unter anderem die Auftretenshäufigkeiten bestimmter Codierungen innerhalb einzelner Kategorien berechnet (Alexa & Zuell, 2000). Für das innerhalb des Programms als Kodierungsschema benötigte Kategoriensystem wird das in Kapitel 4.1 beschriebene Kategoriensystem (Dirmaier et al., 2002) verwendet. Im Prozess der Zuordnung der Therapieziele zu den einzelnen Kategorien sollte das System dem erweiterten Datensatz angepasst werden, indem in einem iterativen Prozess einerseits redundant erscheinende Kategorien gelöscht oder in andere Kategorien integriert werden. Andererseits soll das System an Stellen, an denen Therapieziele noch nicht ausreichend differenziert erfasst waren, durch neue Kategorien ergänzt werden.

So wurden beispielsweise zunächst 1000 Therapieziele in das System eingeordnet, um zu prüfen, inwieweit das Kategoriensystem die selektierten Therapieziele abbildet. Kategorien wurden so entweder bestätigt und bei häufiger Besetzung unter Umständen noch weiter aufgliedert, bzw. aufgrund zu geringer Besetzung verworfen oder in andere Kategorien integriert. Das Kriterium für einen Verzicht auf eine eigenständige Kategorie lag bei einem Anteil von mindestens 4% der Patienten, für deren Behandlung ein Ziel innerhalb der Kategorie gewählt wurde; eine weitere Differenzierung einer Kategorie wurde ab einem Anteil von 60% der Behandlungsfälle in Erwägung gezogen. Zusätzliche Zielkategorien, die das bisherige System nicht erfasste, wurden auf der Grundlage der inhaltsanalytisch gewonnenen Therapiezielen aus den Entlassungsberichten ergänzt. Danach erfolgte die Zuordnung der nächsten 1000 Therapieziele und die anschließende Modifikation des Kategoriensystems. Dieser Prozess wurde solange wiederholt, bis alle aus den Entlassungsberichten extrahierten Therapieziele dem

System zugeordnet waren. Ergänzende Zielkategorien anderer Zielerfassungssysteme, die in dem so modifizierten System noch nicht enthalten waren, aber aus inhaltlichen Gründen sinnvoll erschienen, wurden aus anderen Kategorisierungen wie dem KITZ oder dem BIT-T hinzugefügt.

5.1.2 Ergebnisse

Insgesamt wurden 7157 Therapieziele aus 1192 Entlassungsberichten extrahiert und in das Kategoriensystem eingeordnet, was im Mittel circa sechs Zielsetzungen pro Entlassungsbericht entspricht. Aufbauend auf den Ergebnissen dieser Analysen wurde ein Therapiezielkatalog von therapeutenseitig formulierten Therapiezielen entwickelt, welcher als Hilfestellung bei der Definition von Therapiezielen sowohl innerhalb des therapeutischen Prozesses wie auch am Ende der Behandlung für die Erstellung von Entlassungsberichten dienen kann. Die Ziele wurden innerhalb der vier Zieldimensionen (psycho-sozial, somatisch, edukativ, Aktivität/Partizipation) hierarchisch in drei Ebenen gegliedert, wobei die niedrigste Ebene die der konkreten Therapiezielformulierungen darstellt, die mittlere Hierarchieebene als Unterkategorie und die oberste Hierarchieebene als Hauptkategorie bezeichnet wurde. Kodierungen sind auf allen drei Ebenen möglich (nicht aber auf Ebene der Zieldimensionen). Das modifizierte System bietet somit 147 verschiedene Kodierungsmöglichkeiten auf drei Abstraktionsebenen: 21 Hauptkategorien, 87 Kategorien und 39 Unterkategorien. Tabelle 3 gibt einen Überblick über die vier Zieldimensionen, die 21 Hauptkategorien und die 87 Kategorien. Das komplette Kategoriensystem psychotherapeutischer Zielsetzungen findet sich in Anhang 13.1.

Tabelle 3 Kategoriensystem psychotherapeutischer Zielsetzungen
(Hauptkategorien, Kategorien)

Zieldimension A: Zielsetzungen auf psychosozialer Ebene	
A 1 Reduktion der spezifischen Symptomatik	Reduktion der Angstsymptomatik Reduktion der depressiven Symptomatik Reduktion der somatoformen Symptomatik Verbesserung der Schmerzbewältigung Normalisierung des Essverhaltens Reduktion der Tinnitusymptomatik Reduktion der Schlafstörungen
A 2 Bearbeitung emotionaler Aspekte	Emotionale Entlastung und Stabilisierung Verbesserung der Differenzierung und Wahrnehmung von Emotionen Verbesserung des Ausdrucks von Emotionen Verbesserung der Impulskontrolle Verbesserung der Affekttoleranz
A 3 Bearbeitung kognitiver Aspekte	Kognitive Umstrukturierung (z.B. Realitätstestung) Verbesserung der Problemlösefähigkeiten Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit
A 4 Förderung der sozialen Kompetenz	Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit Verbesserung der Integrationsfähigkeit Verbesserung von selbstbehauptenden Fähigkeiten
A 5 Bearbeitung intrapsychischer Aspekte	Erlernen von Konfliktbewältigungskompetenzen Verbesserung der Konflikttoleranz Verbesserung der Konfliktwahrnehmung Bearbeitung des grundlegenden intrapsychischen Konflikts (z.B. des Autonomie-Abhängigkeitskonflikts)
A 6 Entwicklung des Selbst	Entwicklung eines realistischen Selbstbildes Steigerung der Selbstwirksamkeit Steigerung des Selbstwertgefühls/Selbstvertrauens Verbesserung der Introspektionsfähigkeit Verbesserung der Selbstwahrnehmung Verbesserung der Wahrnehmung eigener Wünsche und Bedürfnisse Steigerung der Selbstverantwortung/Eigenmotivation Stärkung/Förderung der Ich-Funktionen
A 7 Akzeptierung der Realität	Wahrnehmung und Akzeptanz von Belastungsgrenzen Verbesserung der Frustrationstoleranz Verbesserung der Körperakzeptanz Abbau der Selbstüberforderungstendenzen/Perfektionismus Verbesserung der Akzeptanz der Krankheit/Symptome Erarbeitung einer Krankheitseinsicht
A 8 Bearbeiten biographisch relevanter Ereignisse	Bearbeitung/Bewältigung eines vorangegangenen Trennungs-/Verlustgeschehens Bearbeitung traumatischer Lebensereignisse Aufarbeitung sexueller Gewalterlebnisse Bearbeitung biographischer Ursachen der Symptomatik Bearbeitung der Beziehungen zur Herkunftsfamilie

Fortsetzung Tabelle 3 Kategoriensystem psychotherapeutischer Zielsetzungen
(Hauptkategorien, Kategorien)

A 9 Entwicklung einer adäquaten Behandlungsmotivation	Entwicklung eines tragfähigen therapeutischen Arbeitsbündnisses Aufbau einer stabilen Psychotherapiemotivation Motivierung für Nachsorgemaßnahmen Zielklärung
Zieldimension B: Zielsetzungen auf somatischer Ebene	
B 1 Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit	Körperliche Erholung/Stabilisierung Steigerung der Beweglichkeit/Muskelkoordination Steigerung der körperlichen Ausdauer Verbesserung der Körperwahrnehmung Körperliche Kräftigung
B 2 Linderung vegetativer Beschwerden	Lockerung der muskulären Anspannung Verbesserung von Störungen des Herz-Kreislaufsystems (z.B. Blutdruckoptimierung) Linderung von Beschwerden des Gastrointestinaltrakts
B 3 Linderung von Schmerzen	Linderung von Schmerzen im Bewegungsapparat Linderung von Kopfschmerzen
B 4 Reduzierung von Risikoverhalten/-Faktoren	Verbesserung des Ernährungszustandes Reduzierung/Abstinenz von Suchtmittelgebrauch Verbesserung der Stoffwechselfparameter (z.B. Blutzucker)
Zieldimension C: Zielsetzungen auf edukativer Ebene	
C 1 Vermittlung von Informationen über die Krankheit	Vermittlung eines Erklärungsmodells für Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik Vermittlung eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses
C 2 Vermittlung von Methoden zum Abbau von Risikoverhalten	Erlernen von Methoden zur Reduktion von Drogenkonsum Erlernen von Methoden zur Reduktion von Genussmittelkonsum (z.B. Nichtrauchertraining) Erlernen von Methoden zur Rückfallprävention
C 3 Vermittlung von Techniken zur Förderung von Gesundheitsverhalten	Erlernen rückenschonender Haltungen und Bewegungen Erlernen krankengymnastischer Übungen Erwerb von Kenntnissen über krankheitsgerechte/gesunde Ernährung (z.B. Ernährungsberatung)
C 4 Verbesserung der Stressbewältigung	Erlernen eines Entspannungsverfahrens Vermittlung von Information über Stressentstehung und -bewältigung Förderung der Genussfähigkeit

Fortsetzung Tabelle 3 Kategoriensystem psychotherapeutischer Zielsetzungen
(Hauptkategorien, Kategorien)

Zieldimension D: Zielsetzungen auf der Ebene der Aktivitäten /Partizipation	
D 1 Wiederherstellung / Erhalt der Arbeitsfähigkeit	Wiedereingliederung in das Erwerbsleben Steigerung der beruflichen Leistungsfähigkeit Durchführung einer Arbeitsbelastungserprobung Verbesserung des beruflichen Leistungsvermögens Klärung der beruflichen Situation Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit
D 2 Bearbeitung von Problemen im interpersonellen Bereich	Aufbau sozialer Beziehungen Bearbeitung von interpersonellen Problemen im beruflichen Bereich Bearbeitung von interpersonellen Problemen im familiären Bereich Bearbeitung von Problemen in der Partnerschaft
D 3 Verbesserung der Alltagsbewältigung	Verbesserung der finanziellen Situation Verbesserung der Freizeitgestaltung
D 4 Erarbeitung von Zukunftsperspektiven	Erarbeitung einer neuen beruflichen Orientierung/ Zukunftsperspektive Erarbeitung von Zukunftsperspektiven im interpersonellen Bereich

Aus Gründen der Übersichtlichkeit sollen nur die grundlegenden Veränderungen von Version II (Dirmaier et al., 2002) zu Version III auf der Ebene der Zieldimensionen und der Hauptkategorien beschrieben auf eine Schilderung der Modifikationen auf den beiden konkreteren Kategorisierungsebenen hier verzichtet werden.

Auf der **psychosozialen** Zieldimension entfielen aufgrund zu seltener Kategorienbesetzung die Hauptkategorien „diagnostische Abklärung des psychischen Zustandbildes“, „Verbesserter Umgang mit Sexualität“ und „Aufhebung von Entwicklungshemmungen“. Aufgrund theoretischer Überlegungen wurde z.B. die Kategorie „Förderung einer angemessenen Krankheitsbewältigung“ in andere Kategorien integriert, so z.B. in die neu entstandene Hauptkategorie „Reduktion der spezifischen Symptomatik“ oder entsprechende Hauptkategorien der Zieldimension Aktivität/Partizipation. Ebenso wurde die Hauptkategorie „Bearbeitung aktueller Konfliktsituationen“ in die beiden neu formulierten Hauptkategorien „Bearbeitung intrapsychischer Aspekte“ und „Förderung der sozialen Kompetenz“ untergeordnet. Auf die Hauptkategorie „psychische Erholung“ wurde aufgrund fehlender klinischer Relevanz in der neuen Version des Kategoriensystems verzichtet.

Innerhalb der **somatischen** Zieldimension wurden, wiederum aufgrund zu seltener Besetzung, die Hauptkategorien „Optimierung der Medikation“ und „Linderung somatoformer Be-

schwerden“ entfernt. Die Hauptkategorie „körperliche Erholung“ wurde aufgrund inhaltlicher Überschneidungen in die Hauptkategorie „Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit“ integriert. Gänzlich neu entstand die Hauptkategorie „Reduzierung von Risikoverhalten/-faktoren“, in welcher wiederum die Hauptkategorie „Verbesserung des Ernährungszustandes“ integriert wurde.

In der Dimension der Zielsetzungen auf **edukativer** Ebene wurde die Hauptkategorie „medizinische/psychologische Aufklärung“ umbenannt in „Vermittlung von Informationen über die Erkrankung“, um so ein besseres Verständnis der Kategorie zu erreichen. Im Weiteren wurde die Hauptkategorie „Erwerb von Kenntnissen über eine krankheitsgerechte/gesunde Ernährung“ globaler formuliert („Vermittlung von Techniken zur Förderung von Gesundheitsverhalten“), um so auch andere gesundheitsrelevante Bereiche innerhalb dieser Kategorie erfassen zu können. Die Hauptkategorie „Motivierung zur aktiven Teilnahme am Rehabilitationsprozess“ wurde aufgrund der größeren inhaltlichen Nähe in die psychosoziale Zieldimension verschoben und in „Entwicklung einer adäquaten Behandlungsmotivation“ umbenannt.

Auf der Dimension von Zielsetzungen auf der Ebene der **Aktivitäten und Partizipation** wurden die Hauptkategorien „Erhalt/Verbesserung der Leistungsfähigkeit“ und „Verbesserung der beruflichen Situation“ in der neuen Hauptkategorie „Wiederherstellung/Erhalt der Arbeitsfähigkeit“ zusammengefasst. Neu hinzugekommen ist die Kategorie „Erarbeitung von Zukunftsperspektiven“.

5.2 Überprüfung des Kategoriensystems psychotherapeutischer Zielsetzungen

5.2.1 Fragestellungen

In diesem Abschnitt sollen grundlegende Eigenschaften des entwickelten Systems getestet werden. Hierfür soll zunächst rein deskriptiv ein Überblick darüber vermittelt werden, wie viele Ziele von den Patienten in den Entlassungsberichten angegeben werden und wie sich diese Ziele über die Zieldimensionen und die Hauptkategorien verteilen. Anschließend sollen die psychometrischen Eigenschaften des Kategoriensystems psychotherapeutischer Zielsetzungen überprüft werden. Dies bezieht sich zunächst auf die Bestimmung der Reliabilität des Systems durch die Analyse der Beurteilerübereinstimmung zweier voneinander unabhängigen Ratern (studentische Hilfskräfte). Der Schwerpunkt der Überprüfung bezieht sich allerdings auf die Prüfung der Validität des Systems. Hierbei soll untersucht werden, inwiefern sich anhand der entwickelten Therapiezieltaxonomie differentielle Unterschiede hinsichtlich der Zielsetzungen in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychosomati-

schen/psychischen Störungen abbilden lassen. Die Fragestellung der Validitätsprüfung lauten im Einzelnen:

- A: Werden für die in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen am häufigsten behandelten Diagnosegruppen unterschiedliche Therapieziele formuliert?
- B: Ist die Anwendung unterschiedlicher therapeutischer Verfahren (verhaltenstherapeutisch orientierte Verfahren (VT); psychodynamisch orientierte Verfahren (PA)) mit unterschiedlichen Therapiezielen assoziiert?

Für diese beiden Fragestellungen werden unter Bezugnahme auf die theoretischen Ausführungen in Kapitel 2.2.3 folgende Hypothesen formuliert.

5.2.2 Hypothesen

Hypothese A

In den Entlassungsberichten lassen sich für die fünf Hauptdiagnosegruppen unterschiedliche Schwerpunkte in den Therapiezielformulierungen identifizieren. Daraus ergeben sich folgende Unterhypothesen:

Hypothese A1

Patienten mit depressiven Störungen verfolgen vorrangig Ziele aus den Bereichen soziale Kompetenz, interpersonelle Probleme, biographische Aspekte, Selbstwert, Schmerzbewältigung sowie Bearbeitung der zugrundeliegenden intrapsychischen Konflikte.

Hypothese A2

Für Patienten mit Angststörungen werden in den Entlassungsberichten schwerpunktmäßig Therapieziele aus den Bereichen Symptomreduktion, Stressbewältigung und Informationsvermittlung über die Erkrankung formuliert.

Hypothese A3

Bei Patienten mit Belastungs- und Anpassungsstörungen liegt der Fokus der Zielformulierungen häufiger in den Bereichen biographisch relevante Ereignisse und Vermittlung von Information über die Erkrankung.

Hypothese A4

Patienten mit somatoformen Störungen verfolgen häufiger Zielsetzungen aus den Bereichen Motivierung, Linderung vegetativer Beschwerden oder Schmerzlinderung.

Hypothese A5

Für Patienten, die an Essstörungen leiden, haben die Bereiche intrapsychische Konflikte, Realitätsakzeptanz sowie die Verringerung von Risikoverhalten/-Faktoren eine höhere Relevanz hinsichtlich der Behandlungsziele.

Hypothese A6

Für die Behandlung von Suchterkrankungen hingegen liegen die Schwerpunkte der therapeutischen Zielsetzungen in den Bereichen soziale Kompetenz, Realitätsakzeptanz, Motivierung, Reduktion von Risikoverhalten/-Faktoren und Arbeitsfähigkeit.

Hypothese B

Therapien, deren Schwerpunkt bei verhaltenstherapeutisch orientierten Verfahren lag, verfolgten häufiger Zielsetzungen aus den Bereichen Symptomreduktion, kognitive Aspekte, soziale Kompetenz, Reduktion von Risikoverhalten/-Faktoren, Informationsvermittlung, Gesundheitsverhalten und Stressbewältigung. Behandlungen, in denen vornehmlich psychodynamisch orientierte Verfahren durchgeführt wurden, fokussieren eher Bereiche wie emotionale Aspekte, intrapsychische Konflikte, Selbstwert, Realitätsakzeptanz, Motivierung sowie interpersonelle Probleme.

5.2.3 Statistische Methoden

Zur Prüfung der Beurteilerübereinstimmung der Kodierungen wurde eine Stichprobe von 400 zufällig gezogenen Zielen durch zwei Rater unabhängig voneinander kodiert. Da das verwendete Kategoriensystem psychotherapeutischer Zielsetzungen die Kriterien einer Nominalskala erfüllt, wurde als Maß für die Beurteilerübereinstimmung der Koeffizient Cohens kappa (κ) verwendet (Asendorpf & Wallbott, 1979). Dieser Wert wurde jeweils nur auf der Ebene der Zieldimensionen und der Ebene der Hauptkategorien berechnet, da für die niedrigeren Kategorienebenen die Fallzahlen für eine Berechnung der entsprechenden Werte zu gering waren. Nach Wirtz und Caspar (2002) können Werte von $\kappa > .75$ als Indikator für sehr gute, Werte zwischen $.6$ und $.75$ als Indikator für gute Übereinstimmung und Werte zwischen $.4$ und $.6$ als akzeptabel angesehen werden. Für den Fall, dass die Daten nicht gleichmäßig über die Kategorien verteilt sind und sich somit die Randsummenverteilungen deutlich unterscheiden, überschätzt der κ -Koeffizient die Stärke des Zusammenhangs. In diesem Fall empfehlen Wirtz und Caspar (2002), neben dem κ -Koeffizient auch die prozentuale Übereinstimmung zu referieren.

Um zu überprüfen, ob sich die in den Entlassungsberichten formulierten Therapieziele hinsichtlich Diagnosen und Behandlungskonzepte unterscheiden, wurde das Verfahren der multinomialen logistischen Regression verwendet. Dieses Verfahren ist eine Erweiterung der binären logistischen Regression für eine multinomiale abhängige Variable. Im Falle einer dichotomen Ausprägung der abhängigen Variablen stimmt das Ergebnis einer multinomialen logistischen Regression mit dem einer binären logistischen Regression überein (da dies lediglich einen Spezialfall der multinomialen logistischen Regression darstellt). Für die diagnosenspezifischen Subgruppenvergleiche wurden als abhängige Variablen im Indikationsbereich Psychosomatik die fünf häufigsten Diagnosegruppen (Erstdiagnose bei Entlassung) verwendet, ergänzt durch eine Referenzkategorie, gegen welche die anderen Kategorien getestet werden und sich aus allen übrigen Patienten des Indikationsbereichs Psychosomatik zusammensetzt.

Im Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen bezogen sich die Auswertungen aufgrund der geringeren Fallzahlen lediglich auf die zwei häufigsten Diagnosegruppen. Die hinsichtlich des Vergleichs der durchgeführten Behandlungsformen benötigte Einteilung in verhaltenstherapeutisch versus psychodynamisch orientierter Therapie innerhalb des Indikationsbereichs Psychosomatik wurde anhand der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL, Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, 1996) vollzogen. Die entsprechenden Zeiteinheiten der jeweiligen Behandlungsmaßnahmen wurden hierfür aufsummiert. Für die Entscheidung, dass ein Patient vorrangig von der einen oder der anderen Methode behandelt wurde, mussten mindestens drei viertel der „Therapiezeit“ von der entsprechenden therapeutischen Richtung erbracht worden sein.

Für die Modellbildung wurde entsprechend den Empfehlungen von Hosmer und Lemeshow (Hosmer & Lemeshow, 2000) in einem ersten Schritt ein vorläufiges Modell mit allen 21 Hauptkategorien als unabhängige Variablen berechnet. Diese wurden durch Aufsummierung der Anzahl der jeweiligen Kodierungen in den Kategorien und Unterkategorien gebildet. Hauptkategorien, die nicht signifikant zu einer Verbesserung des Modells beitragen („Likelihood Ratio Test“), werden schrittweise aus dem Modell entfernt, um „Model-Overfitting“ zu vermeiden (Hosmer & Lemeshow, 2000). Trotzdem kann das „Final-Model“ auch Hauptkategorien enthalten, die zwar keinen statistisch signifikanten Zusammenhang mit den Gruppen der abhängigen Variablen aufweisen, aber von substantiellen Interesse für die Fragestellung sind. Um die „Passungsgüte“ der Modelle bestimmen zu können, wird mittels eines „Likelihood-Ratio-Tests“ die Hypothese getestet, dass das Modell einem Nullmodell überlegen ist, wobei eine niedrige Irrtumswahrscheinlichkeit ($p < .05$) für eine gute Anpassung spricht.

Da dies aber lediglich bedeutet, dass das gebildete Modell einem Nullmodell überlegen ist und somit kein Vergleich zu den beobachteten Daten stattfindet (Hosmer & Lemeshow, 2000), wird zusätzlich anhand der „Pearson Chi-Square Statistic“ die Nullhypothese getestet, dass das vorhergesagte Modell die erhobenen Daten adäquat abbildet, wobei eine hohe Irrtumswahrscheinlichkeit ($p > .05$) demzufolge für eine gute Anpassung spricht. Für den direkten Vergleich zwischen konkurrierenden Modellen im Verlauf der Modellkonstruktion wurde der „Pseudo-R-Square-Koeffizient“ von Nagelkerke verwendet. Bezogen auf das Gesamtmodell, lässt sich ab Werten von .2 von einer guten Modellanpassung sprechen (Urban, 1993). Darüber hinaus werden zur Beurteilung der Passungsgüte des Gesamtmodells die jeweiligen „Classification Tables“ herangezogen, anhand derer festgestellt werden kann, um wie viel Prozent sich die Zuordnung zu den einzelnen Gruppen der abhängigen Variablen durch das entwickelte Modell verbessern lässt, indem man die tatsächlich richtig klassifizierten Patienten mit den zufällig richtig klassifizierten vergleicht. Die Wahrscheinlichkeit der Gruppenzugehörigkeit bezüglich der einzelnen unabhängigen Variablen (Hauptkategorien) wird durch „odds ratios“ (OR) angegeben. Deren Berechnung wurden, ebenso wie die aus den Entlassungsberichten gewonnene klinischen und soziodemographischen Daten (Entlassungsdiagnosen, Aufenthaltsdauer, Geschlecht, Alter, etc.), mit dem Programm SPSS 11.0 (SPSS, 2002) durchgeführt und ausgewertet. Zusätzlich wurden auf der Basis der Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL, Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, 1996) die für den jeweiligen Patienten durchgeführten psychotherapeutischen Leistungen erhoben.

5.2.4 Ergebnisse

In den nachfolgenden Abschnitten werden, nach einer deskriptiven Darstellung der Stichprobe und der Verteilung der Therapieziele innerhalb des Kategoriensystems, die Ergebnisse der Bestimmung der Beurteilerübereinstimmung sowie die Prüfung von differenzielle Zielsetzungen für verschiedene Patientengruppen berichtet.

5.2.4.1 Beschreibung der Stichprobe

Entlassungsberichte und beteiligte Kliniken

Insgesamt wurden 1192 Entlassungsberichte des Behandlungszeitraums Herbst 1999 bis Sommer 2000 ausgewertet, davon waren 999 (83.8%) Berichte aus dem Indikationsbereich Psychosomatik und 193 (16.2%) stammten aus dem Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen (vgl. Tabelle 4). Die Entlassungsberichte wurden zu je gleichen Anteilen vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger und der Bundesversicherungsanstalt für Angestell-

te (BfA) zur Verfügung gestellt. Insgesamt stammen die Entlassungsberichte aus circa 80 psychotherapeutischen Kliniken (etwa 20 der beteiligten Kliniken behandelten ausschließlich Abhängigkeitserkrankungen), es wurden jeweils 10-20 Entlassungsberichten pro Klinik ausgewertet.

Patienten und Behandlung

Die Patienten des Indikationsbereichs Psychosomatik waren im Durchschnitt 45.8 Jahre alt, 64.8% der Patienten sind Frauen. 30.6% der Patienten waren vor Rehabilitationsbeginn bis zu drei Monate arbeitsunfähig (vgl. Tabelle 4). Das mittlere Alter der Patienten in der VDR-Statistik liegt bei 43.8 Jahren, der Frauenanteil bei 51.8% (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 2000).

Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen waren im Durchschnitt 39 Jahre (VDR-Statistik: 39.5 Jahre) alt, 70% (VDR-Statistik: 80%) der Patienten sind Männer. 50.8% der Patienten waren für einen Zeitraum von bis zu drei Monaten vor Behandlungsbeginn arbeitsunfähig (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4 Soziodemographische Merkmale

	insgesamt		Psychosomatik		Sucht	
	N ¹	%	N ²	%	N ³	%
Anzahl	1192	100	999	84.0	193	16.0
Alter (Mittelwert ±SD)	45 ± 9.8		46 ± 9.4		39 ±10.0	
Alter (Range)	19-65		19-64		20-65	
Geschlecht						
weiblich	703	59.0	646	65.0	132	30.0
männlich	483	40.0	351	35.0	57	70.0
Arbeitsunfähigkeits-Zeiten vor Reha						
keine	196	16.4	176	17.6	20	10.4
0-3 Monate	404	33.9	306	30.6	98	50.8
3-6 Monate	163	13.7	144	14.4	19	9.8
6 und mehr Monate	324	27.2	302	30.2	22	11.4
nicht erwerbstätig	57	4.8	35	3.5	22	11.4
Arbeitsfähigkeit						
arbeitsfähig	838	72.9	678	70.3	160	86.5
arbeitsunfähig	294	25.6	278	28.8	16	8.6

Anmerkungen: ¹ jeweils n < 1192: fehlende Werte in den Variablen; ² jeweils n < 999: fehlende Werte in den Variablen; ³ jeweils n < 193: fehlende Werte in den Variablen

Die mittlere Behandlungsdauer von Patienten des Indikationsbereichs Psychosomatik ist mit 44.2 (SD=17.6) Tagen der mittleren Behandlungsdauer der insgesamt behandelten Patienten (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 2000) gleichzusetzen.

Bei Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen liegt die durchschnittliche Behandlungsdauer bei 116 Tagen (SD=64.0). Bezogen auf alle Abhängigkeitserkrankungen lag die mittlere Behandlungsdauer bei allen behandelten Patienten im Jahre 1999 bei circa 88 Tagen (Müller-Fahrnow et al., 2002).

Haupt- und Nebendiagnosen

Unter ausschließlicher Berücksichtigung der Hauptdiagnose (siehe Abbildung 5) stellen im Indikationsbereich Psychosomatik Patienten mit Depressiven Störungen (F32-33, F34.1) mit 36.9% (VDR-Statistik: 34.1%) die größte Gruppe dar, gefolgt von Patienten mit Anpassungsstörungen (F43) mit 16.5% (VDR-Statistik: 22.9%), Somatoforme Störungen (F45) mit 11.4% (VDR-Statistik: 12.3%), Angststörungen (F40-41) mit 11.1% (VDR-Statistik: 11.3%), Essstörungen (F50) mit 4.6% (VDR-Statistik: 2.5%) und Persönlichkeitsstörungen (F60-69) 3.3% (VDR-Statistik: 4.2%). Auffällig ist mit 10% auch der relativ hohe Anteil an somatischen Diagnosen. Dies ist auf in der Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen häufig behandelte Diagnosegruppen wie Tinnitus, Adipositas oder chronische Schmerzzustände zurückzuführen.

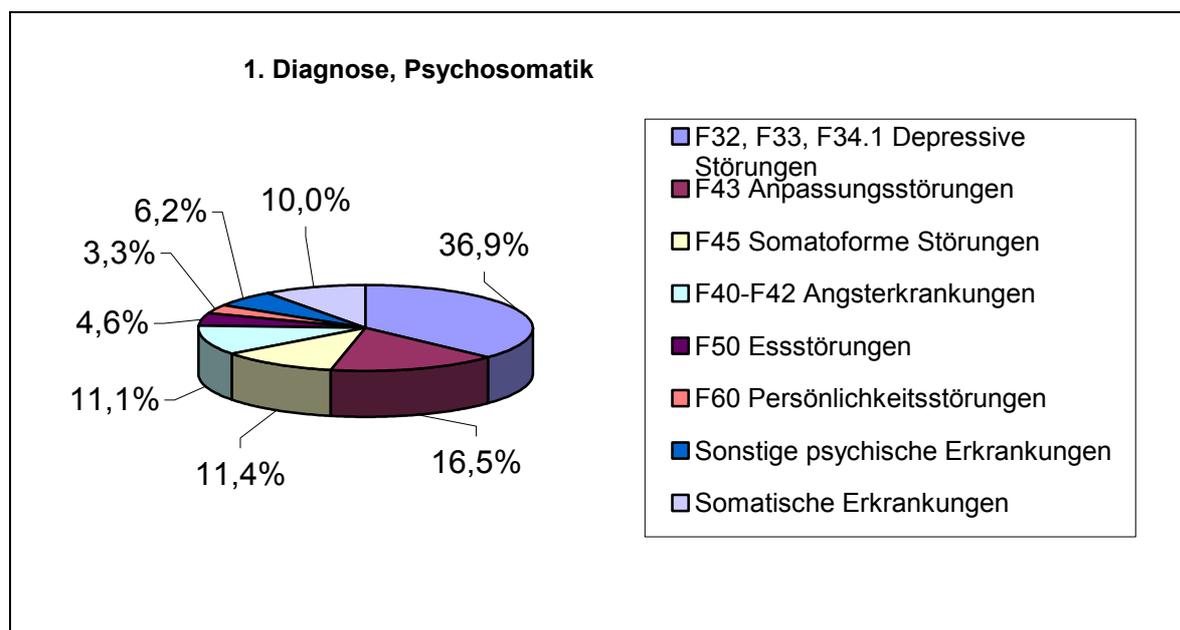


Abbildung 5 Entlassungsdiagnosen (ICD-10, Hauptdiagnose): Psychosomatik, N=999

Zu erwähnen ist auch der hohe Anteil an Komorbiditäten, welches eine besonderes Merkmal von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen in der stationären Rehabilitation darstellt. So wurde bei 87.2% der Patienten im Indikationsbereich Psychosomatik mindestens eine weitere psychische oder somatische Störung bzw. Erkrankung diagnostiziert, bei 65.2%

mindestens drei Diagnosen, bei 41.3% mindestens vier und bei 22% wurden fünf Diagnosen vergeben. Als häufigste Nebendiagnosen (2.-5. Diagnose) wurden mit 25.5% Wirbelsäulen- und Rückenerkrankungen, 9.5% somatoforme Störungen und 8.2% Stoffwechselstörungen diagnostiziert (siehe Abbildung 6).

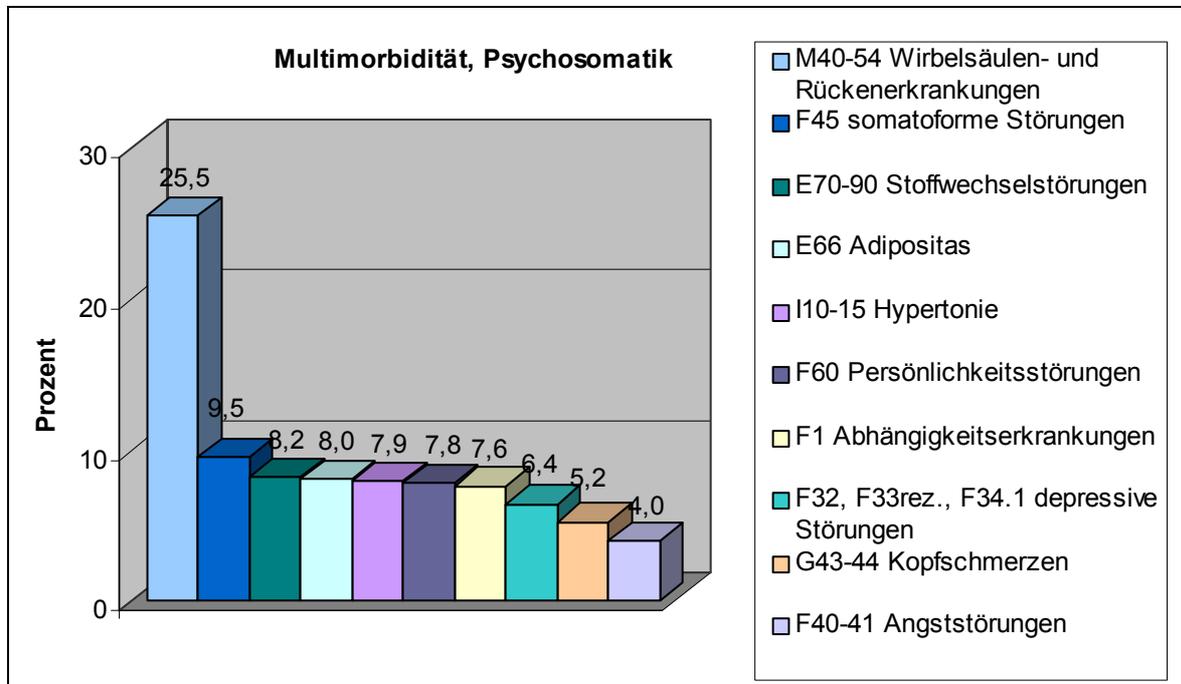


Abbildung 6 Entlassungsdiagnosen (ICD-10), 2.-5. Diagnose, Psychosomatik, N=999

Bei den Suchtpatienten ist erwartungsgemäß Alkoholabhängigkeit mit 63.7% die häufigste Diagnose. Als zweithäufigste Diagnosekategorie folgt die Gruppe der Patienten mit multiplen Substanzgebrauch mit 15.0%, gefolgt von 6.7% Patienten mit Opioidabhängigkeit. 14.6% der Patienten litten an anderen Abhängigkeitserkrankungen (siehe Abbildung 7).

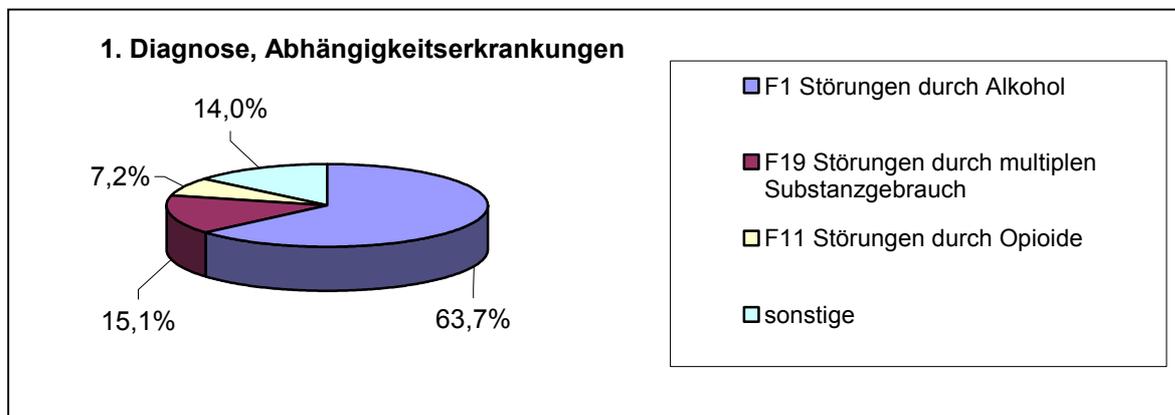


Abbildung 7 Entlassungsdiagnosen (ICD-10): Abhängigkeitserkrankungen, N=193

Vergleicht man diese Zahlen mit den im Jahr 1999 insgesamt erbrachten stationären Suchtbehandlungen (Müller-Farnow et al., 2002) zeigt sich ein niedrigerer Anteil an Patienten mit Alkoholabhängigkeit (74%) und Opioidabhängigkeit (19%) und ein vergleichbarer Anteil an Mehrfachabhängigkeit (6%).

Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen erhielten zu 80.8% eine Zweitdiagnose, 60.6% mindestens drei Diagnosen, 53.5% mindestens vier Diagnosen und 25.9% erhielten fünf Diagnosen. Die häufigsten der neben der Hauptdiagnose vergebenen Diagnosen (2.-5. Diagnose) waren Persönlichkeitsstörungen (26.5%), ebenfalls 26.5% zusätzliche Abhängigkeitserkrankungen und 10.3% Wirbelsäulen- und Rückenerkrankungen (siehe Abbildung 8).

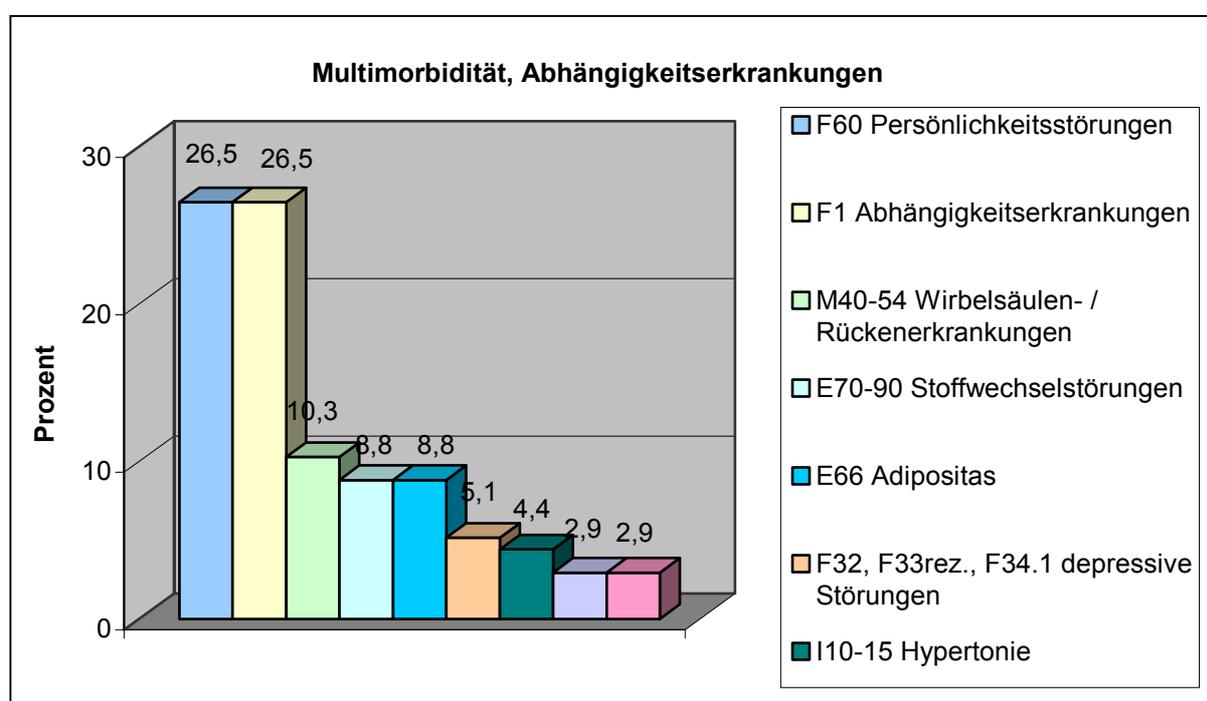


Abbildung 8 Entlassungsdiagnosen (ICD-10), 2.-5. Diagnose, Abhängigkeitserkrankungen, N=193

5.2.4.2 Therapieziele und Verteilung

Zur Prüfung der Ausschöpfung der Kategorien wurde untersucht, wie die Therapieziele über die verschiedenen Zieldimensionen und Hauptkategorien verteilt sind. Ziel war, zu prüfen, ob es Kategorien gibt, die aufgrund ihrer geringen Auftretenswahrscheinlichkeit überflüssig und/oder in eine andere Kategorie integriert werden sollten. Insgesamt wurden 7157 Therapieziele aus den Entlassungsberichten extrahiert, was im Mittel etwa sechs Zielsetzungen pro Entlassungsbericht entspricht. Davon konnten 6452 (90.1%) Zielsetzungen den 21 Hauptkategorien zugeordnet werden, die übrigen Ziele (9.9%) verteilten sich auf der Ebene der Zieldimensionen in Restkategorien. Für die 6452 Zielsetzungen zeigt sich, dass sich die überwie-

gende Anzahl der Ziele der Zieldimension „Besserung von Beschwerden auf psycho-sozialer Ebene zuordnen (57%), 17% aller Zielangaben sind der Zieldimension „Zielsetzungen auf somatischer Ebene“ zugeordnet, 15% der Zieldimension „Zielsetzungen auf edukativer Ebene“ und 11% der Zieldimension „Zielsetzungen auf der Ebene von Aktivität/Partizipation“.

Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über den prozentualen Anteil der Entlassungsberichte, die jeweils einer der 21 Hauptkategorien bezogen auf die 6452 kodierten Zielsetzungen zugeordnet werden können (vgl. Abbildung 9).

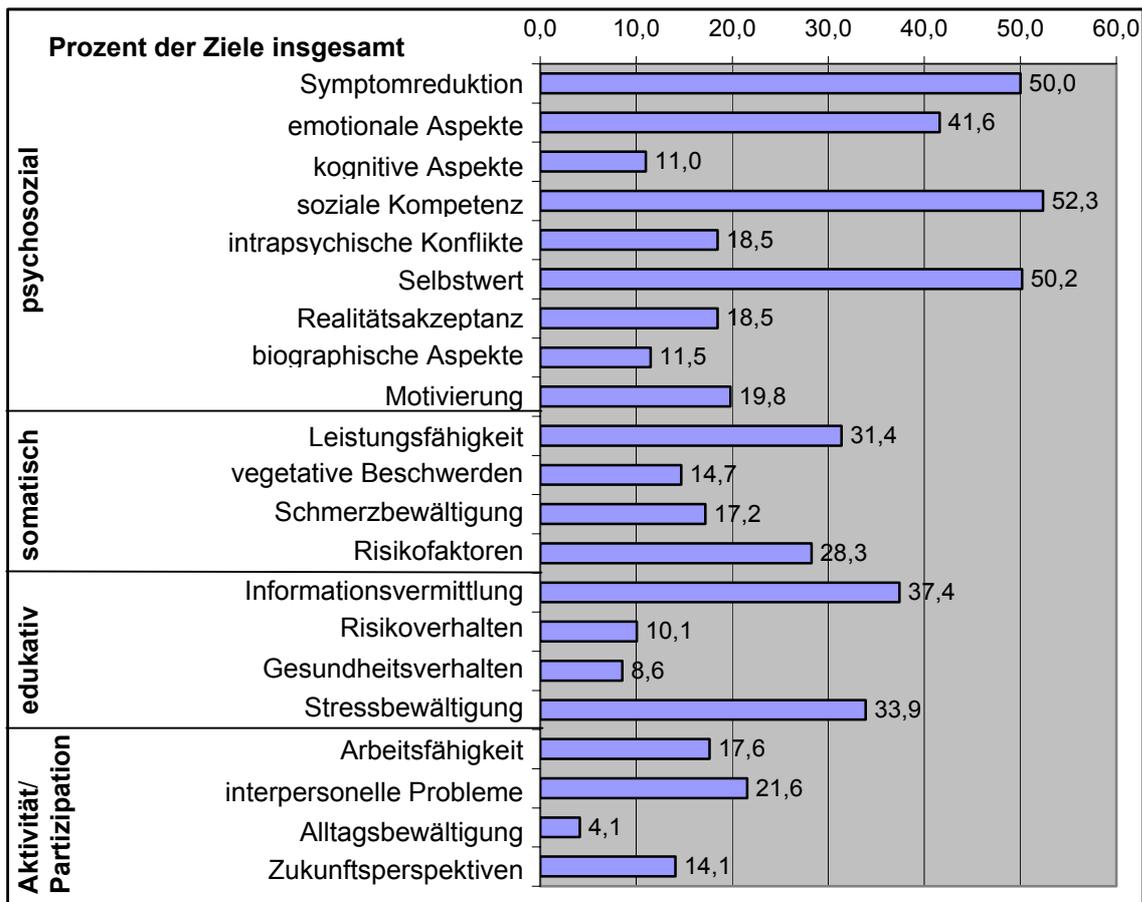


Abbildung 9 Verteilung der Ziele über die Hauptkategorien

5.2.4.3 Bestimmung der Beurteilerübereinstimmung

Zur Prüfung der Beurteilerübereinstimmung wurde eine Stichprobe von 400 zufällig gezogenen Zielen durch zwei Rater unabhängig voneinander kodiert. Das Rating wurde von zwei wissenschaftlichen Hilfskräften der Abteilung für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf durchgeführt. Grundsätzlich sollten Therapieziele auf der Ebene der Unterkategorien kodiert werden. Falls dies nicht möglich ist, sollte auf die nächsthöhere Ebene der Kategorien ausgewichen werden und gegebenenfalls auch auf die Ebene der

Hauptkategorien. Auf der Ebene der vier Zieldimensionen sollte nicht kodiert werden. Der Wert der Übereinstimmung wird als Beleg für die Zuverlässigkeit der Kategorienanwendung gewählt.

Tabelle 5 zeigt die resultierenden Kappa-Koeffizienten, zum einem auf den vier Zieldimensionen, zum anderen auch auf den entsprechenden Hauptkategorien. Die dazugehörigen Zielformulierungen können aus dem Anhang I über die Kategorienkodierungen entnommen werden.

Tabelle 5 Kappa-Werte der einzelnen Zieldimensionen und Hauptgruppen

Zieldimensionen .82	psychosozial .81	somatisch .87	edukativ .82	Aktivität/ Partizipation .82
Hauptkategorien .73	A 1 .63	B 1 .86	C 1 .81	D 1 .69
	A 2 .80	B 2 .84	C 2 .91	D 2 .57
	A 3 .46	B 3 .77	C 3 .56	D 3 .89
	A 4 .56	B 4 .92	C 4 .88	D 4 1.0
	A 5 .84			
	A 6 .46			
	A 7 .78			
	A 8 .85			
	A 9 .72			

Auf der Ebene der Zieldimensionen resultieren sehr gute Kappa-Werte, Ausnahme ist hier die Restkategorie mit einem lediglich guten Wert. Aufgrund der zunehmenden Differenziertheit der Kategorien auf der Ebene der Hauptkategorien sind die Werte erwartungsgemäß (je mehr Möglichkeiten der Zuordnung desto höher wird auch die Wahrscheinlichkeit einer falschen Zuordnung) weniger gut als auf der Ebene der Zieldimensionen, liegen aber trotzdem noch meist im guten bis sehr gutem Bereich. Die Übereinstimmung ist auf allen Ebenen hochsignifikant.

Die prozentuale Übereinstimmung zeigt den Anteil der gleich kategorisierten Fälle. Wie zu erwarten war, nimmt auch dieser Wert mit zunehmenden Detaillierungsgrad ab. So ergibt sich auf der Ebene der Zieldimensionen eine prozentuale Übereinstimmung von durchschnittlich 89%, auf der Ebene der Hauptkategorien eine durchschnittliche Übereinstimmung von 75%.

5.2.4.4 Differentielle Therapieziele

Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden in den folgenden graphischen Abbildungen lediglich diejenigen Odds Ratios abgebildet, die größer als eins und statistisch signifikant sind. Die exakten Werte und die dazugehörigen Konfidenzintervalle sind in Anhang 13.2.1 zu finden.

Psychosomatik: Hauptdiagnosegruppen

Abbildung 10 gibt einen Überblick über Unterschiede hinsichtlich der Therapiezielformulierungen zwischen den fünf häufigsten Diagnosebereichen innerhalb des Indikationsbereichs Psychosomatik im Vergleich zu einer Referenzgruppe, die sich aus allen übrigen Patienten des Indikationsbereichs Psychosomatik zusammensetzt, deren Erstdiagnose zu keiner der fünf Hauptdiagnosegruppen gehört. Insgesamt ergaben sich bei 15 der 21 Hauptkategorien signifikante Verbesserungen für das Modell, wovon 10 eine OR>1 aufweisen. Das Modell weist zufriedenstellende Passungsgütekriterien auf.

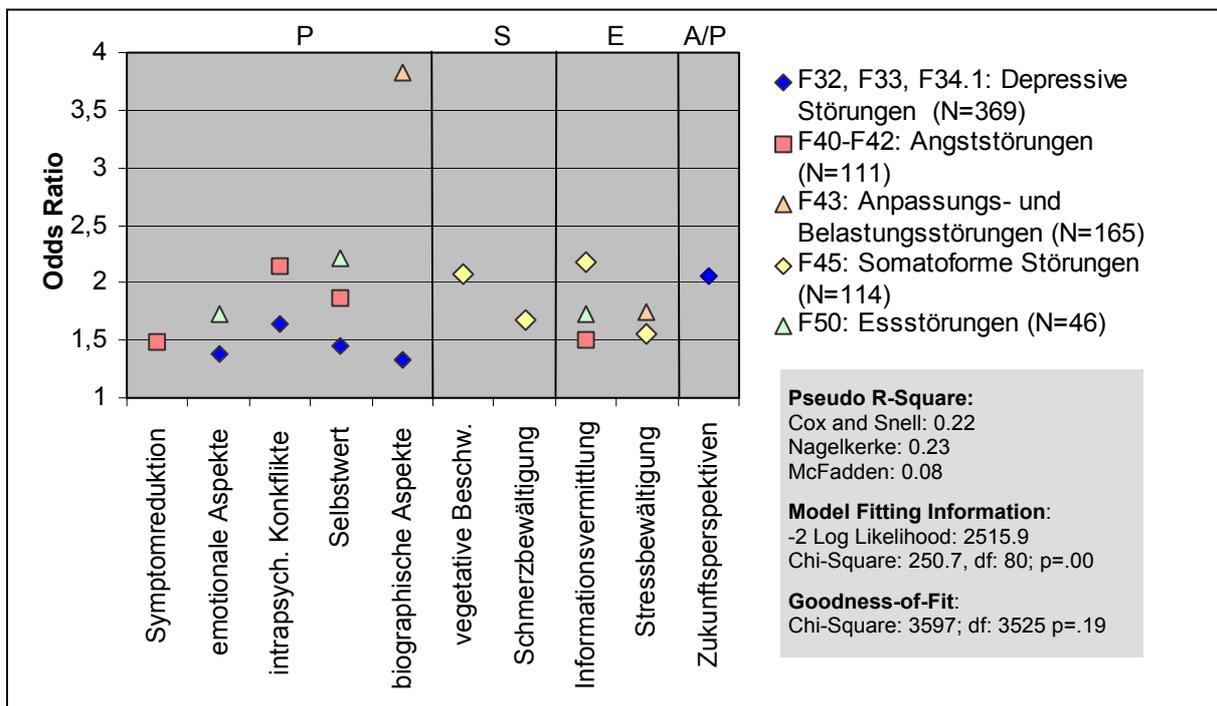


Abbildung 10 Signifikante OR größer eins (P: psychosoziale Zieldimension, S: somatische Zieldimension, E: edukative Zieldimension, A/P: Zieldimension der Aktivität/Partizipation) $N_{\text{Gesamt}}=999$; $N_{\text{Referenz}}=194$

Die Ergebnisse zeigen, dass die Hypothesen A1 bis A4 nur teilweise, A5 gar nicht bestätigt werden konnten. Entsprechend den Annahmen in **Hypothese A1** werden in der Behandlung von Patienten mit **Depressiven Störungen** besonders häufig Ziele aus den Hauptkategorien „intrapsychische Konflikte“, „Selbstwert“ und „biographische Aspekte“ verfolgt werden. Zusätzlich findet sich eine Erhöhung der OR in den Bereichen „Zukunftsperspektiven“ und „emotionale Aspekte“. Keine Erhöhung findet sich in den Bereichen „soziale Kompetenz“, „Schmerzbewältigung“ und „interpersonelle Probleme“. Hypothese A1 konnte somit nur teilweise bestätigt werden.

In Übereinstimmung mit den Annahmen in **Hypothese A2** fanden sich bei der Behandlung von Patienten mit **Angststörungen** ebenfalls vorzugsweise Ziele in den Hauptkategorien „Symptomreduktion“ und „Informationsvermittlung“ formuliert. Keine Erhöhung findet sich jedoch in dem Bereich „Stressbewältigung“. Zusätzlich wurden jedoch in den Hauptkategorien „emotionale Aspekte“ und „Selbstwert“ häufiger Ziele kodiert. Hypothese A2 konnte somit nur teilweise bestätigt werden.

Hypothese A3 konnte nur teilweise bestätigt werden. So wurden für Patienten mit **Anpassungs- und Belastungsstörungen** zwar vermehrt Ziele in der Hauptkategorie „biographisch relevante Ereignisse“ formuliert, nicht jedoch in der Kategorie „Informationsvermittlung“. Im Gegensatz zu den Annahmen in Hypothese A2 wurde eine erhöhte OR in der Hauptkategorie „Stressbewältigung“ gefunden.

Bei Patienten mit **Somatoformen Störungen** wurden in Übereinstimmung mit **Hypothese A4** die beiden Hauptkategorien „vegetative Beschwerden“ und „Schmerzbewältigung“ besonders häufig gewählt, keine Unterschiede ergaben sich jedoch in der Hauptkategorie „Motivierung“. Entgegen den Annahmen in Hypothese A4 zeigten sich erhöhte OR auch in den Hauptkategorien „Informationsvermittlung“ und „Stressbewältigung“. Hypothese A4 kann somit nur teilweise bestätigt werden.

Entgegen den Erwartung in **Hypothese A5** bezüglich der Behandlungsziele von Patienten, die an **Essstörungen** leiden, zeigten sich in den Kategorien „intrapyschische Konflikte“, „Realitätsakzeptanz“, „Motivierung“, „Reduzierung von Risikoverhalten /-faktoren“ und „Arbeitsfähigkeit“ keine erhöhten OR. Eine häufigere Kodierung von Zielsetzungen zeigte sich jedoch in den Kategorien „emotionale Aspekte“, „Selbstwert“ und „Informationsvermittlung“.

Differentielle Zielsetzungen: Psychosomatik versus Abhängigkeitserkrankungen

In Abbildung 11 sind die OR für die im Modellbildungsprozess gewählten Hauptkategorien hinsichtlich der beiden Indikationsbereiche Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen aufgeführt. Insgesamt ergaben sich durch 15 Hauptzielkategorien signifikante Verbesserungen für das Modell, wovon 14 eine $OR > 1$ aufwiesen. Die Passungsgütekriterien liegen im guten bis sehr guten Bereich.

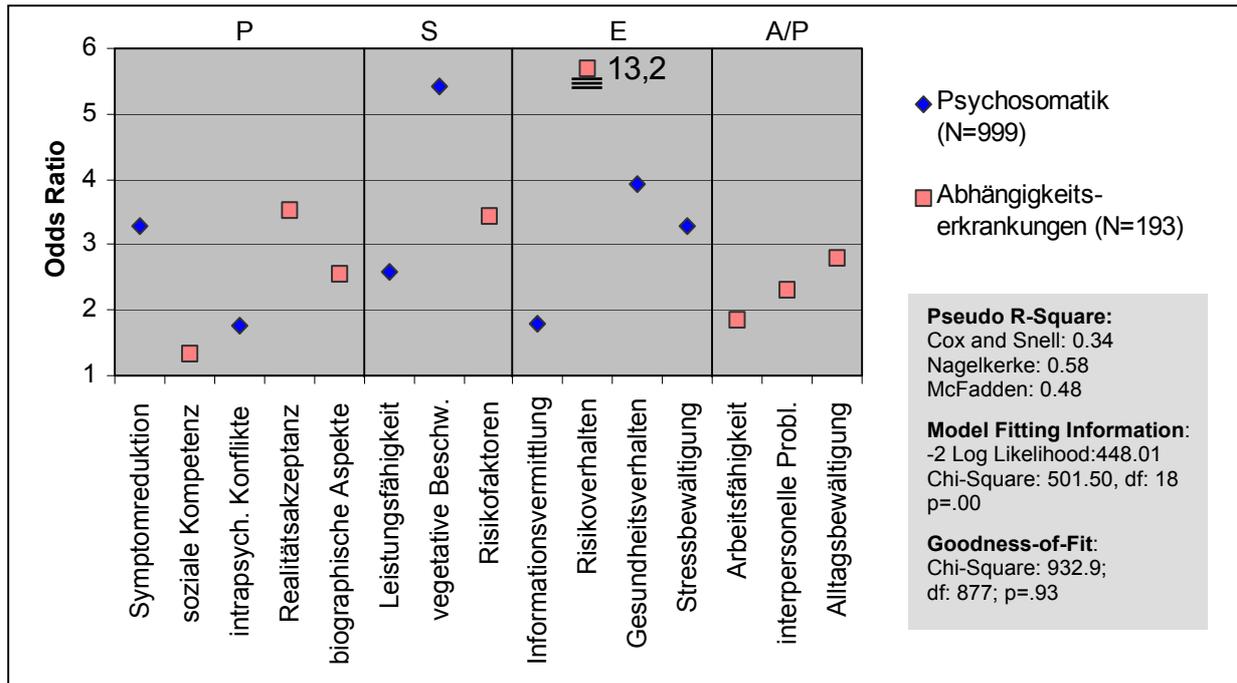


Abbildung 11 Signifikante OR größer eins (P: psychosoziale Zielfdimension, S: somatische Zielfdimension, E: edukative Zielfdimension, A/P: Zielfdimension der Aktivität/Partizipation), $N_{\text{Gesamt}}=1193$

Auf der **psychosozialen Zielfdimension** fokussieren psychosomatische Behandlungen eher Hauptkategorien wie „Symptomreduktion“ und „intrapyschische Aspekte“, wohingegen die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen hier den Schwerpunkt auf Bereiche wie „soziale Kompetenz“, „Realitätsakzeptanz“ und „biographische Aspekte“ legt. In der **somatischen Zielfdimension** werden die Zielbereiche „körperlichen Leistungsfähigkeit“ und „vegetative Beschwerden“ im Indikationsbereich Psychosomatik bevorzugt, „Risikofaktoren“ hingegen bei Abhängigkeitserkrankungen. In der **edukativen Zielfdimension** liegen bei Patienten des Indikationsbereichs Psychosomatik die Schwerpunkte auf den Zielbereichen „Informationsvermittlung“, „Gesundheitsverhalten“ und „Stressbewältigung“. Im Gegensatz dazu liegt bei Abhängigkeitserkrankungen ein deutlicher Schwerpunkt bei der Hauptkategorie „Risikoverhalten“. In der **Zielfdimension der Aktivität/Partizipation** sind die OR lediglich auf Seiten der Abhängigkeitserkrankungen erhöht, insbesondere bei „interpersonellen Problemen“, „Alltagsbewältigung“ und „Zukunftsperspektiven“, hier scheint somit im Vergleich zu Behandlungen in psychosomatischen Fachkliniken ein besonderer Schwerpunkt der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen zu liegen. **Hypothese A6** konnte somit für die Hauptkategorien „soziale Kompetenz“, „Realitätsakzeptanz“, „Reduzierung von Risikoverhalten/-faktoren“ und „Arbeitsfähigkeit“ bestätigt werden, nicht jedoch für die Hauptkategorie „Motivierung“.

Psychosomatik: therapeutische Orientierung

Abbildung 12 gibt einen Überblick über Unterschiede hinsichtlich der Therapiezielformulierungen zwischen den beiden vorherrschenden psychotherapeutischen Behandlungsmethoden (VT/PA) innerhalb des Indikationsbereichs Psychosomatik. Insgesamt ergaben sich bei acht Hauptkategorien signifikante Verbesserungen für das Modell und gleichzeitig eine $OR > 1$. Das Modell weist insgesamt gute bis sehr gute Passungsgütekriterien auf.

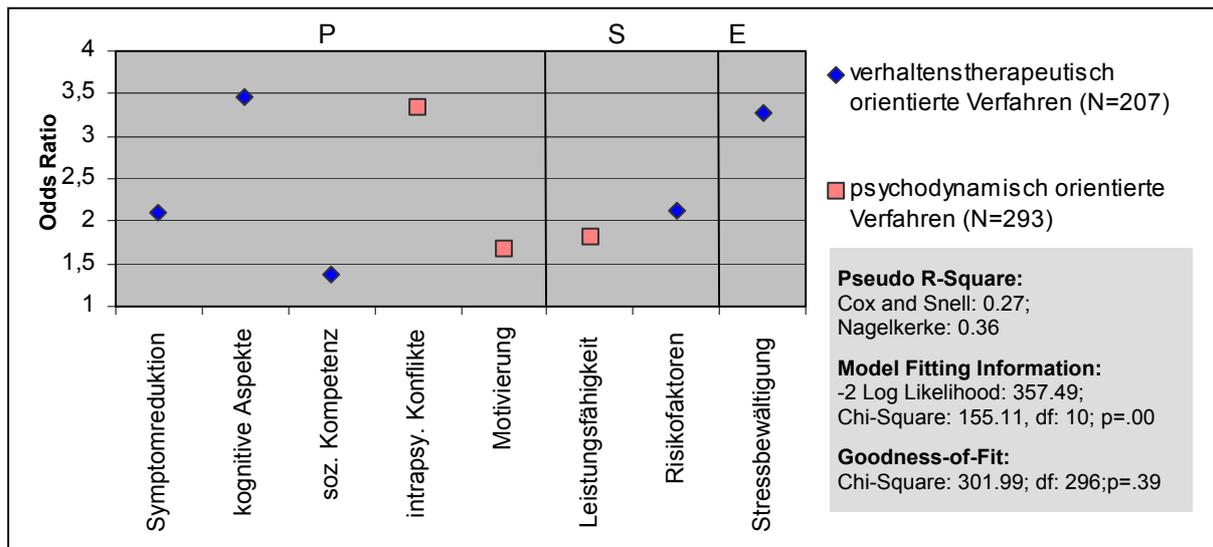


Abbildung 12 Signifikante OR größer eins (P: psychosoziale Zieldimension, S: somatische Zieldimension, E: edukative Zieldimension), $N_{\text{Gesamt}}=500$

Innerhalb der **psychosozialen Dimension** bearbeiten verhaltenstherapeutisch orientierte Behandlungen demnach bevorzugt die Zielbereiche „Symptomreduktion“, „kognitive Aspekte“ und „soziale Kompetenz“, wohingegen psychodynamisch orientierte Behandlungen hier Zielbereiche wie „intrapsychische Konflikte“, „Selbstwert“ und „Motivierung“ in den Vordergrund stellen. Auf der **somatischen Zieldimension** steht bei psychodynamisch orientierten Behandlungen eher die Steigerung der „körperlichen Leistungsfähigkeit“ im Vordergrund, verhaltenstherapeutische Verfahren hingegen fokussieren die Reduktion von „Risikofaktoren“. Innerhalb der **edukativen Zieldimension** setzen verhaltenstherapeutische Verfahren einen Schwerpunkt auf das Erlernen von „Stressbewältigung“, psychodynamisch orientierte Verfahren verfolgen hier keine Ziel in hervorgehobener Weise. In der **Zieldimension der Aktivität/Partizipation** ließen sich keine signifikanten OR feststellen.

Hypothese B konnte somit nur teilweise bestätigt werden. Entsprechend den Annahmen zeigten sich erhöhte OR bei **verhaltenstherapeutisch orientierten Therapien** in den Hauptkategorien „Symptomreduktion“, „kognitive Aspekte“, „soziale Kompetenz“, „Reduktion von

Risikoverhalten/-Faktoren“ und Stressbewältigung. Nicht bestätigt werden konnten die Annahmen für die Hauptkategorien „Informationsvermittlung“ und „Gesundheitsverhalten“. Bei den psychodynamisch orientierten Therapien konnten die Annahmen lediglich für die Hauptkategorien „intrapsychische Konflikte“ und „Motivierung“ bestätigt werden, nicht jedoch für die Bereiche „emotionale Aspekte“, „Selbstwert“, „Realitätsakzeptanz“ sowie „interpersonelle Probleme“.

6 Entwicklung des Profils Psychotherapeutischer Zielsetzungen

Die Ergebnisse der in Kapitel 5 beschriebenen Modifikation und Überprüfung des Kategoriensystems psychotherapeutischer Zielsetzungen zeigen, dass die entwickelte Taxonomie ein reliables und valides Instrument für die Kodierung von in Entlassungsberichten formulierten Zielsetzungen für den Bereich der stationären Psychotherapie darstellt. Das System zeigt gute bis sehr gute Kennwerte bezüglich der Beurteilerübereinstimmung und ist in der Lage, die unterschiedlichen Zielformulierung bestimmter Subgruppen von Patienten abzubilden.

Im Folgenden soll nun auf der Basis dieses erarbeiteten Kategoriensystems ein Instrumentarium entwickelt werden, welches eine standardisierte Erfassung der individuellen Zielsetzungen einer stationären Rehabilitationsbehandlung psychosomatischer/psychischer Erkrankungen ermöglicht. Hierfür wird das anhand von in Entlassungsberichten retrospektiv erfassten Therapiezielen entwickelte Kategoriensystem nun insofern modifiziert, dass eine prospektive Erhebung von Therapiezielen zu Beginn einer Rehabilitationsbehandlung möglich wird. Die Entwicklung dieses Zielerfassungsinstrumentariums zielt auf eine praktikable und standardisierte Erfassung von Therapiezielen ab, indem eine Auswahl von relevanten Zielsetzungen vorgegeben und so die Erfassung individuell relevanter Zieldefinitionen ermöglicht wird. Im Sinne einer zielorientierten Evaluation des Behandlungserfolgs soll ergänzend für jedes individuell gewählte Ziele eine Zielerreichungseinschätzung nach Abschluss der Behandlung ermöglicht werden.

Um eine möglichst valide Erfassung der Zielinhalte wie auch der Zielerreichung zu erhalten, erscheint es sinnvoll, sowohl ein Verfahren zur **Fremdeinschätzung** wie auch zur **Selbsteinschätzung** zu verwenden (Bengel, Bührlen-Armstrong et al., 1998). In früheren Studien zeigte sich, dass zum einem Therapeuten den Therapieerfolg überschätzen und zum anderen die Einschätzungen von Patienten und Therapeuten bezüglich des Therapieerfolgs nur mäßig miteinander korrelieren (Beutler & Hamblin, 1986; Garfield et al., 1971; Strupp et al., 1997). Eine gleichzeitige Erfassung von Arzt- und Patientenselbsteinschätzung ermöglicht einen systematischen Vergleich der beiden Ratings (Gerdes et al., 2002). Hinzu kommt, dass die Kenntnis der Zielsetzungen des Therapeuten und des Patienten zu Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung frühzeitig Abstimmungsprozesse ermöglicht, um bei möglichen Diskrepanzen zwischen den Zielformulierungen eine verbesserte Zielübereinstimmung zu erreichen. Wie in Kapitel 2.2.2 ausgeführt, kann sich dies unter anderem positiv auf die therapeutische Arbeitsbeziehung auswirken, was wiederum das Therapieergebnis positiv beeinflussen kann. Hierfür müssen aber zunächst die Therapieziele von Seiten des Patienten wie auch von

Seiten des Therapeuten bekannt sein. Von Seiten der Forschung besteht ein vorrangiges Interesse zunächst auch darin, den Grad der Übereinstimmung oder die Diskrepanz zwischen der Zielauswahl von Patienten und Therapeuten in der Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen und dessen Auswirkungen auf das Therapieergebnis festzustellen.

Eine Unterscheidung von Patienten- und Therapeutensicht hinsichtlich der Therapieziele ist auch im Hinblick auf das besondere Setting stationärer Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen zu befürworten. Hier sind, im Gegensatz zur ambulanten Therapie, unter Umständen mehrere Therapeuten und auch der Kostenträger an der Definition von Therapiezielen beteiligt. Dies kann zur Folge haben, dass sich die Therapieziele von Seiten der Behandler von denen des Patienten stärker unterscheiden als im ambulanten Bereich und somit Abstimmungsprozesse umso wichtiger werden. Des Weiteren führt die Beschränkung der zeitlichen Perspektive der Therapie unter anderem dazu, dass umfangreiche Abstimmungsprozesse wie in der ambulanten Therapie nur eingeschränkt möglich sind, und die Ziele relativ zügig zu Beginn der Behandlung festgelegt werden müssen (Wendisch, 1999).

Diese theoretisch postulierte Unterschiedlichkeit von fremd- und selbsteingeschätzten Zielsetzungen und deren Erreichung im Rahmen der stationären psychosomatisch/ psychotherapeutischen Therapie wird auch von Seiten der Forschung bestätigt. So zeigte sich, dass die Übereinstimmung in der Formulierung individueller Therapieziele zwischen Therapeuten und Patienten im Durchschnitt bei etwa 33% lag (Strauß & Burgmeier-Lohse, 1995). In einer neueren Studie von Schmidt et al. (2003) lag die Übereinstimmungsquote der Selbst- und Fremdanfragen hinsichtlich der Bewertung verschiedener Zielformulierungen bei etwa 70% aller Fälle. Hier ist jedoch festzuhalten, dass 55.8% der Therapeuten angaben, ihre Therapieziele vollständig mit den Patienten abgestimmt zu haben, 43.1% der Therapeuten hatten ihre Therapieziele teilweise mit den Patienten abgestimmt. Werden die Therapeuten hinsichtlich der Zielübereinstimmung befragt, so gaben 53% teilweise divergierende Zielvorstellungen an. Auch die Anzahl der ausgewählten Therapieziele unterscheiden sich Patienten und Therapeuten: So geben Patienten im Durchschnitt 26 Ziele an, Therapeuten hingegen nur 18 (Schmidt et al., 2003). In einer Studie, die unter anderem die Therapieziele zu Beginn einer onkologischen Rehabilitationsmaßnahme untersuchte (Bergelt et al., 2000), zeigten sich erhebliche Diskrepanzen in der Zielbeschreibung zwischen Therapeuten und Patienten. So liegt die Übereinstimmungsquote in den meisten der erhobenen Zielbereichen unter 50%. Ähnliche Ergebnisse erbrachte eine Studie von von Rad et al. (1994), in der bei insgesamt 50% der

Fälle nur eine teilweise (35%) oder überhaupt keine Übereinstimmung (21%) vorlag. Die genannten Übereinstimmungsraten sind jedoch kritisch zu diskutieren, da diese jeweils von den psychometrischen Eigenschaften der im einzelnen verwendeten Zielerhebungsinstrumente abhängig sind, insbesondere von deren Reliabilität. Letztendlich zeigen die Ergebnisse dieser Studien jedoch, dass oftmals die Ziele von Therapeut und Patient nur eingeschränkt übereinstimmen, weswegen eine getrennte Erhebung mittels Selbst- und Fremdrating angebracht erscheint.

Ein weiterer, in der Literatur häufig diskutierter Aspekt bei der Erhebung von Therapiezielen ist die Frage der Erfassung von **Zielveränderungen** im Verlauf der Therapie. Generell wird die Meinung vertreten, dass Ziele sich über den Verlauf der Therapie hinweg ändern können oder gar müssen (Röcken, 1984). Insbesondere Grawe (1987) betont, dass die Festlegung von Therapiezielen am Anfang der Therapie unangemessen sei, da „eine solche Zielfestlegung dem Charakter menschlicher und damit auch psychotherapeutischer Veränderungsprozesse grundsätzlich nicht gerecht wird“ (Grawe, 1987, S. 34). So können Patienten durch eine erweiterte Einsicht in ihre Problematik im Laufe der Therapie tiefere Hintergründe und Bedingungen ihrer Störung erkennen, was ihnen vorher aufgrund der Störung vielleicht gar nicht möglich war. Eine Zielveränderung aufgrund einer „reiferen“ Sicht der Problematik ist aus dieser Perspektive möglicherweise in vielen Fällen günstig für den Therapieverlauf. Die meisten Zielerhebungsinstrumente verzichten jedoch auf die Erhebung von Zielveränderungen während der Therapie, wie beispielsweise bei Heuft et al. (1998a), Grosse-Holtforth (2001), Driessen et al. (2001), Faller (2000), Ambühl und Orlinsky (1999) oder Gerdes et al. (2000).

Studien zu Zielveränderungen im Verlauf der Therapie liefern jedoch unterschiedliche Ergebnisse. So stützen einige Forschungsergebnisse die Überlegungen, aus praktischen und ökonomischen Gründen auf die Erfassung einer Zielveränderung zu verzichten: So wurde die Bedeutung der Variabilität von Therapiezielen im Rahmen des Behandlungsverlaufs von Schulte-Bahrenberg und Schulte (1993) mit dem Ergebnis untersucht, dass im Laufe des stationären Aufenthalts von der Möglichkeit, Therapieziele als entfallen zu deklarieren, praktisch nicht Gebrauch gemacht wird. Heuft et al. (1998b) schließen beispielsweise, dass es weder nötig ist, eine Kategorie „entfallen“ am Ende der Behandlung einzufügen, noch eine Möglichkeit der Zielveränderung zu bieten. In der Studie von Bergelt (2002) im Bereich der onkologischen Rehabilitation war im Rahmen der therapeutenseitigen Zielerfassung die Möglichkeit gegeben, am Ende der Behandlung „im Verlauf definierte“ Rehabilitationsziele zu benennen und deren Erreichung einzuschätzen. Von dieser Möglichkeit wurde von den Therapeuten nur

in einem sehr geringen Ausmaß Gebrauch gemacht, weswegen Bergelt (2002) empfiehlt, auf diese Möglichkeit zukünftig zu verzichten. Jedoch ist dieses Ergebnis nur mit Einschränkungen auf den Bereich der Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen übertragbar, da im Bereich der onkologischen Rehabilitation die durchschnittlichen Behandlungszeiten mit drei Wochen deutlich unter denen der Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen liegt. Andere Studien zeigen jedoch gegenteilige Befunde: So wurden in einer Studie von Schmidt et al. (2003) im Rahmen des dort verwendeten Zielerfassungsbogen SZK (siehe Kapitel 4.2.1) Zielveränderungen im Sinne von „neu“ hinzugekommenen Zielen mit dem Ergebnis erfasst, dass 44.7% der Patienten und 17.1% der Therapeuten zum Entlassungszeitpunkt mindestens ein neu hinzugekommenes Therapieziel angeben. Wovon jedoch nicht Gebrauch gemacht wurde, war die Möglichkeit, am Ende der Behandlung Ziele als „nicht mehr relevant“ zu deklarieren.

Trotz des Fehlens eindeutiger Befunde wurde bei der vorliegenden Entwicklung auf die Möglichkeit der Erfassung von Zielveränderungen im Laufe der Therapie aus folgenden Gründen verzichtet: Einerseits herrscht im Setting der Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen ein wesentlich höherer Zeitdruck als im ambulanten Psychotherapien, was zur Folge hat, dass eine Zielveränderung häufig nicht mehr sinnvoll ist, da die restliche Behandlungszeit zur Bearbeitung dieser Ziele nicht mehr ausreichen würde. Somit sind die zu Beginn erarbeiteten Zieldefinitionen oft der Rahmen für die gesamte Behandlung (Wendisch, 1999). Ein pragmatischer Grund für den Verzicht auf die Erfassung von Zielveränderungen im Rahmen von routinemäßig einzusetzenden Instrumenten unter anderem zur Qualitätssicherung ist die gegebenenfalls stark eingeschränkte Praktikabilität der Instrumente. So ist der dadurch resultierende zusätzliche Zeitaufwand vor allem für den Therapeuten möglicherweise zu hoch, was in einer niedrigeren Response-Rate resultieren und die Generalisierbarkeit der Ergebnisse damit gefährden kann.

Im Folgenden sollen die wesentlichen Entwicklungsschritte erläutert und die beiden resultierenden Instrumente vorgestellt werden.

6.1 Profil Psychotherapeutischer Zielsetzungen - Therapeuten

Als Grundlage für die Entwicklung des therapeutenseitigen Zielerfassungsbogens wurde das Kategoriensystem psychotherapeutischer Zielsetzungen (vgl. Kapitel 5) verwendet. Das „Profil psychotherapeutischer Zielsetzungen - Therapeuten“ (PPZ-T) ist somit in die vier aus dem Kategoriensystem stammenden Zieldimensionen unterteilt, die sich wiederum in 21 Zielbereiche aufgliedern, die den 21 Hauptkategorien des Kategoriensystems entsprechen (vgl. Kapitel

5). Zusätzlich ist in jeder Zieldimension ein Zielbereich „Sonstige“ vorgegeben, in denen die Möglichkeit besteht, freitextliche Ziele innerhalb einer Zieldimension zu formulieren. Die 21 Zielbereiche wiederum sind in eine jeweils unterschiedliche Anzahl von Spezifizierungen aufgeteilt, wobei eingerückte Zielsetzungen Konkretisierungen der übergeordneten Zielformulierungen darstellen (vgl. Anhang 13.3.1). Auch innerhalb der Zielbereiche war unter „Sonstige“ jeweils die Möglichkeit gegeben, freitextliche Ziele zu formulieren, die keiner der möglichen Spezifizierungen zugeordnet werden konnten.

Von den Zielbereichen sind in einem ersten Schritt zunächst mindestens zwei und höchstens vier durch ankreuzen auszuwählen. Diese Einschränkung geschah aufgrund praktischer Überlegungen - einerseits sollten sich die Therapeuten nicht auf nur einen Zielbereich beschränken, andererseits sollte durch eine Reduktion auf maximal vier mögliche Zielbereiche verhindert werden, dass lediglich die für die stationäre Behandlung vorrangigen Zielsetzungen angegeben werden.

In einem zweiten Schritt erfolgt die Auswahl der Spezifizierungen, wobei je Zielbereich Mehrfachnennungen möglich sind. Gemäß der Anleitung sollten die Zielsetzungen, falls möglich, auf der konkretesten Ebenen angekreuzt werden. Wenn „Sonstige“ angekreuzt wird, ist eine kurze Erläuterung erforderlich.

Die Überprüfung der Zielerreichung soll unmittelbar nach der Abschlussuntersuchung durch Beantworten der Frage, ob die „Behandlungsziele am Ende der Behandlung erreicht“ wurden auf einer fünfstufigen Likert-Skala („vollständig“, „größtenteils“, „teils teils“, „eher nicht“ oder „überhaupt nicht“) erfolgen. Falls der Erfolg nicht beurteilbar sein sollte, z.B. durch eine zwischenzeitlich eingetretene Erkrankung oder einen Progress, soll dies mit einer entsprechenden Begründung am Ende des Fragebogens vermerkt werden.

6.2 Profil Psychotherapeutischer Zielsetzungen - Patienten

Für die Entwicklung des „Profils psychotherapeutischer Zielsetzungen - Patienten“ (PPZ-P) wurden zwei unterschiedliche Quellen verwendet. Einerseits wurden die von Patientenseite formulierten Therapieziele in den Entlassungsberichten identifiziert und in das bestehende Kategoriensystem psychotherapeutischer Zielsetzungen eingeordnet, um so von Patientenseite häufig besetzte Kategorien zu identifizieren. Ergänzt wurde die daraus resultierende Liste an patientenseitigen Therapiezielen durch noch nicht erfasste Ziele aus anderen Instrumenten zur patientenseitigen Zielerfassung, insbesondere dem BIT-C von Grosse-Holtforth (2001) und dem SZK von Karcher et al. (Karcher et al., 2001; Schmidt et al., 2003), ergänzt.

Therapieziele aus den Entlassberichten wurden dann als patientenseitig angesehen, wenn dies eindeutig aus dem Text des Entlassungsbericht erschließbar war. Die in der so resultierenden Stichprobe befindlichen Patienten waren um Durchschnitt 44.6 (SD=9.5) Jahre alt, 58.7% der Patienten sind Frauen. 31% der Patienten litten an einer Depressiven Störung (F32-33, F34.1), 13.3% an Anpassungs- und Belastungsstörungen (F43), 11.9% an Angsterkrankungen (F40-41), 10.5% an Abhängigkeitserkrankungen (F1), 8.8% an Somatoformen Störungen (F45), 6.5% an Persönlichkeitsstörungen (F60-F69), 4.9% an Essstörungen (F50), 11.7% litten an somatischen Erkrankungen. Die Patienten dieser Stichprobe sind also mit den insgesamt in der Studie untersuchten Patienten vergleichbar.

Insgesamt konnten so 846 Therapieziele identifiziert werden, wovon 620 (73.3%) Ziele innerhalb der 21 Hauptkategorien zuzuordnen waren. Dieser etwas geringe Anteil an kodierbaren Therapiezielen erklärt sich dadurch, dass Patienten häufig globale Therapieziele wie „Erholung“ oder „Ruhe“ formulieren, welche innerhalb der 21 Kategorien nicht erfasst werden. Abbildung 13 zeigt, wie sich die Patientenziele über die Hauptkategorien verteilen.

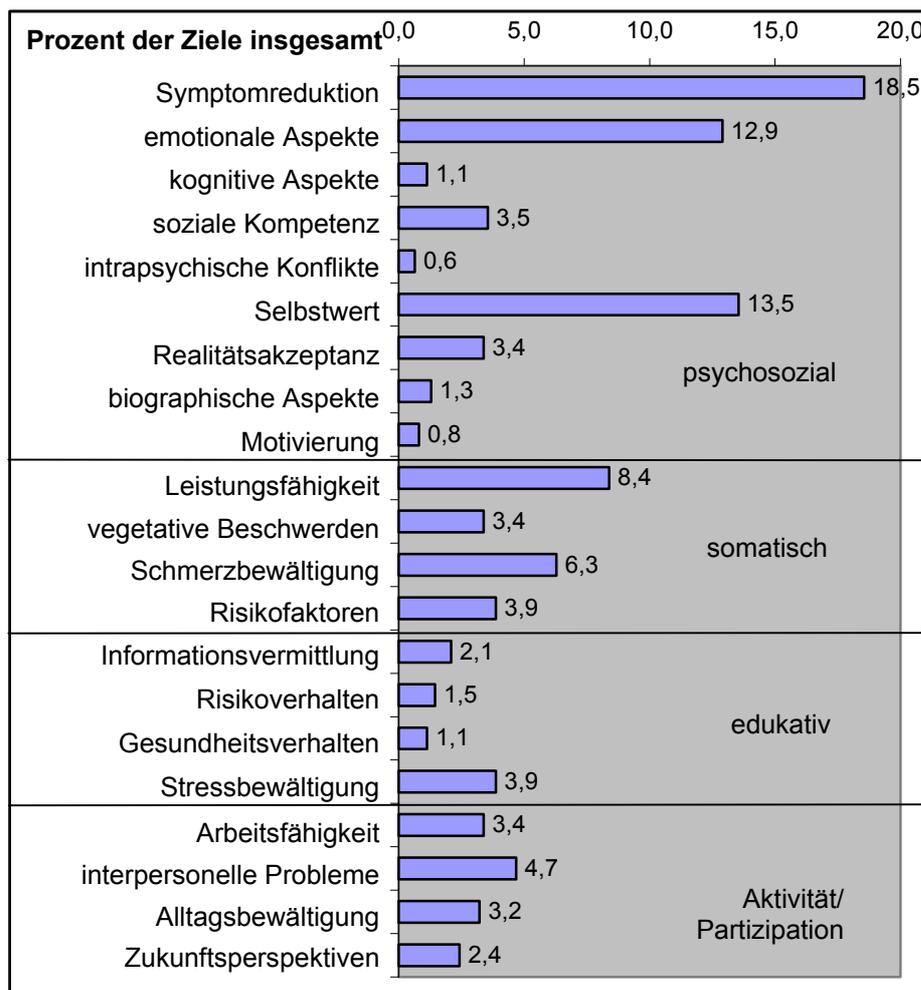


Abbildung 13 Verteilung der patientenseitig formulierten Therapieziele (N=620)

Die Abbildung zeigt, dass patientenseitige Schwerpunkte der Zielauswahl insbesondere in den Hauptkategorien „Symptomreduktion“, „emotionale Aspekte“, „Selbstwert“, „Leistungsfähigkeit“, „Schmerzbewältigung“ und dem Bereich der sozialen Aspekte („soziale Kompetenz“ und „interpersonelle Probleme“) liegen. Da diese patientenseitig formulierten Ziele meist zu global formuliert waren, um sie auf einer niedrigeren Abstraktionsebene des Kategoriensystems psychotherapeutischer Zielsetzungen entweder der Ebene der Kategorien oder der Unterkategorien) einzuordnen, wurden in einem nächsten Schritt lediglich aufgrund von inhaltlichen Überlegungen entsprechende aus den häufig besetzten Hauptkategorien stammende Items aus dem Kategoriensystem psychotherapeutischer Zielsetzungen ausgewählt und umgangssprachlich umformuliert. Aufgrund der zu geringen Besetzung (weniger als 1.5% der formulierten Ziele wurden dieser Kategorie zugeordnet) wurden dementsprechend die Zielbereiche „kognitive Aspekte“, „intrapyschische Konflikte“, „biographische Aspekte“, „Motivierung“, und „Gesundheitsverhalten“ für die weitere Konstruktion des Patientenbogens ausgeschlossen. Trotz einer sehr geringen Besetzung wurde der Zielbereich „Risikofaktoren“ weiterhin berücksichtigt, da in diesem Bereich abhängigkeitsbezogene Zielsetzungen zusammengefasst sind, und das Instrument auch für den Bereich der substanzinduzierten Störungen anwendbar bleiben sollte.

Zusätzlich zu den so gewonnenen Zielitems wurden dann Items oder Itemformulierungen aus vergleichbaren Instrumenten entnommen, um so bestehende Lücken zu schließen oder schon bewährte umgangssprachliche Formulierungen zu verwenden. So wurden aus dem BIT-C (Grosse-Holtforth, 2001) 17 Items oder Itemformulierungen mit folgenden Nummern innerhalb des Patientenfragebogens übernommen: 7, 9, 13, 23, 26, 27, 28, 32, 33, 44, 48, 49, 50, 52, 53, 55 und 72. Aus dem SZK wurden die Itemformulierungen der Items 57 und 58 übernommen.

Dadurch entstanden 72 Items, die in 7 Bereiche zusammengefasst wurden (vgl. Anlage 13.3.2):

- Seelische Probleme und Symptome
- Körperliche Probleme und Symptome
- Selbstbezogene Veränderungsbereiche
- Veränderung von Problem- und Risikoverhalten
- Veränderungen auf der Ebene zwischenmenschlichen Verhaltens
- Information und Beratung
- Veränderung in alltäglichen Lebensbereichen wie Beruf oder Freizeit

Entsprechend den Instruktionen zum Ausfüllen des Fragebogens soll der Patient zu Beginn der Behandlung die Itemliste zunächst durchlesen, um so einen Überblick über seine möglichen Ziele während der Therapie zu erhalten. Anschließend soll der Patient seine fünf wichtigsten Therapieziele auswählen, welche er während seines stationären Aufenthalts primär verfolgen möchte. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, bis zu fünf Ziel freitextlich am Ende der Itemliste zu formulieren. Anschließend soll der Patient die entsprechenden Nummern eines jeden von ihm gewählten Therapieziels (hier sind auch die freitextlich formulierten Ziel enthalten) in dafür vorgesehene Kästchen am Ende des Fragebogens eintragen. Am Ende der Behandlung (also kurz vor Entlassung aus der Klinik) soll der Patient dann die Frage beantworten, im welchen Ausmaß diese bis zu fünf wichtigsten Therapieziele erreicht wurden. Dieses geschieht auf einer fünfstufigen Likert-Skalierung.

7 Psychometrische Überprüfung des PPZ-T

Die Ausführungen in dem vorangegangenen Kapitel haben gezeigt, wie auf der Basis der in Kapitel 5 beschriebenen Entwicklung des Kategoriensystems psychotherapeutischer Zielsetzungen sowohl das patienten- als auch das therapeutenseitige Zielerfassungsinstrument konstruiert wurde. In dem vorliegenden Kapitel soll nun das Instrument zur therapeutenseitigen Zielerfassung (PPZ-T) im Rahmen einer ersten Forschungsanwendung psychometrisch überprüft werden. Die Überprüfung des Instruments zur patientenseitigen Zielerfassung (PPZ-P) soll nicht Gegenstand dieser Arbeit sein, da dies den Rahmen der vorgelegten Arbeit sprengen würde.

Im Folgenden werden zunächst die grundlegenden Fragestellungen dargestellt und darauf aufbauend konkrete Hypothesen formuliert. Im Anschluss wird das methodische Vorgehen der Überprüfung des Instruments erläutert. Nach einer deskriptiven Darstellung von Anzahl und Verteilung der mit Hilfe des Erhebungsinstruments von den Therapeuten ausgewählten Therapieziele werden dann die Ergebnisse der psychometrischen Prüfung beschrieben.

7.1 Fragestellungen und Hypothesen

Allgemeine Fragestellungen betreffen zunächst die Anzahl der gewählten Zielsetzungen und die Verteilung der Behandlungsziele über die Zieldimensionen und Zielbereiche. Des Weiteren sollen grundlegende psychometrische Eigenschaften des Instruments getestet werden, insbesondere Aspekte der Praktikabilität, Validität und entsprechende Itemanalysen. Andere psychometrische Eigenschaften wie beispielweise Aspekte der Reliabilität sind durch die Überprüfung des zugrundeliegenden Kategoriensystems psychotherapeutischer Zielsetzungen bereits analysiert worden (vgl. Kapitel 5).

Die aufbauend auf den Fragestellungen zu prüfenden Hypothesen lassen sich in zwei Bereiche untergliedern: Zunächst soll im Sinne der Überprüfung der **Validität der Zielauswahl** zu Beginn der Rehabilitationsbehandlung untersucht werden, welche individuellen Zielsetzungen von Therapeuten in der Rehabilitation von psychosomatischen/psychischen Störungen formuliert werden und welche Schwerpunkte sich dabei in Abhängigkeit von verschiedenen klinischen Merkmalen der Patienten ergeben. In einem zweiten Teil werden dann Hypothesen insbesondere hinsichtlich der **Zielerreichung** formuliert, um so auch Validitätsaspekte der Zielerreichungseinschätzungen zu prüfen. Dabei soll zunächst analysiert werden, inwieweit sich mittels der Zielerreichungserfassung differenzierte Aussagen hinsichtlich des Rehabilitationserfolges treffen lassen. Darüber hinaus soll untersucht werden, von welchen Bedingun-

gen die Zielerreichung abhängt und inwiefern sich ein Zusammenhang mit anderen Maßen der Ergebnismessung zeigt.

7.1.1 Fragestellungen

Entsprechend den in Kapitel 4 diskutierten Anforderungen an Zielerfassungssysteme und dem in diesem Fall zugrunde liegenden Kategoriensystem psychotherapeutischer Zielsetzungen sollen im Weiteren folgende Fragestellungen untersucht werden:

Fragestellung 1

Wie verteilen sich die von den Therapeuten gewählten Therapieziele über die verschiedenen Zielbereiche des PPZ-T?

Zur **Beantwortung der Fragestellung 1** werden Analysen bezüglich der Anzahl von Therapiezielen der Therapeuten durchgeführt und die Verteilung der Zielsetzungen über die Zieldimensionen, Zielbereiche und Unterziele untersucht.

Fragestellung 2

Entspricht das PPZ-T den Anforderungen an Praktikabilität?

Zur **Prüfung der Praktikabilität** sollen einerseits das Kriterium der **Verständlichkeit** analysiert werden, sowohl hinsichtlich der Zielformulierungen als auch hinsichtlich der Bearbeitungsinstruktionen des PPZ-T. Dies soll anhand von Analysen der Häufigkeit von fehlenden Werten und fehlerhafter Bearbeitung des Instrumentes überprüft werden. Zusätzlich soll durch die Analyse der von den Therapeuten formulierten Zusatzziele Rückschlüsse darauf gezogen werden, ob die aufgelisteten Zielformulierungen und Zielbereiche richtig verstanden und verwendet wurden. Andererseits soll im Hinblick auf die **Vollständigkeit** des Instruments überprüft werden, ob die Zielformulierungen des PPZ-T die tatsächlichen Ziele der Therapeuten abdecken. Das Kriterium der Vollständigkeit soll durch Analysen der zusätzlich angegebenen Ziele (Art und Häufigkeit dieser Zielsetzungen) überprüft werden.

Fragestellung 3

Entsprechen die verwendeten Zielitems den im Sinne einer Itemanalyse zu stellenden Anforderungen?

Zur **Beantwortung von Fragestellung 3** soll auf der Ebene der einzelnen Zielitems im Sinne der Item-Schwierigkeit geprüft werden, wie häufig die einzelnen Ziele gewählt werden und

zur Prüfung der korrelativen Zusammenhänge bezüglich der Auswahl der Therapieziele überprüft werden, wie hoch Ziele innerhalb der einzelnen Zielbereiche miteinander korrelieren.

Fragestellung 4

Ermöglicht das PPZ-T eine valide Auswahl von Therapiezielen und eine valide Zielerreichungseinschätzung?

Fragestellung 4 lässt sich wie folgt konkretisieren:

- a) Gibt es Unterschiede bezüglich der therapeutenseitigen Auswahl von Therapiezielen zu Behandlungsbeginn und lassen sich diese Unterschiede auf zu Beginn erhobene klinische Variablen (Diagnosen und psychopathologische Symptomatik) zurückführen?
- b) Gibt es Unterschiede bezüglich der therapeutenseitigen Einschätzung der Zielerreichung am Ende der Behandlung zwischen einzelnen Zielbereichen und lassen sich diese Unterschiede auf zu Beginn erhobene klinische (z.B. psychopathologische Symptomatik) und soziodemographische Variablen (z.B. Alter, Geschlecht) zurückführen?

7.1.2 Hypothesen zur Auswahl von Therapiezielen

Bezüglich der Fragestellung 1, Fragestellung 2 und Fragestellung 3 werden aufgrund ihres explorativen Charakters keine expliziten Hypothesen formuliert.

Bezüglich der Fragestellung 4a wurden im Sinne der Überprüfung verschiedener Validitätsaspekte der Zielauswahl, aber auch um die Wissensbasis hinsichtlich der Therapieziele von Therapeuten zu erweitern, folgende Hypothesen formuliert:

Hypothese 1

Die in den Analysen der Überprüfung des Kategoriensystems psychotherapeutischer Zielsetzungen gefunden diagnosespezifischen Unterschiede (vgl. Kapitel 5.2.4) können repliziert werden. Demzufolge werden für Patienten mit depressiven Störungen zugrundeliegende intrapsychische Konflikte, biographische Aspekte sowie Aspekte des Selbstwerts fokussiert. Patienten mit Angststörungen erhalten häufiger Ziele aus den Zielbereichen Symptomreduktion, intrapsychische Konflikte, Aspekte des Selbstwerts sowie Informationsvermittlung; Patienten mit Anpassungsstörungen häufiger aus dem Zielbereich biographisch relevanter Aspekte sowie Stressbewältigung. Somatoforme Störungen resultieren in einer häufigeren Auswahl der Bereiche vegetative Beschwerden, Schmerzlinderung, Informationsvermittlung und

Stressmanagement; Essstörungen in einer häufigeren Auswahl der Reduktion somatischer wie auch verhaltensbezogener Risikofaktoren.

Zur **Prüfung der Hypothese 1** werden auf der Ebene der Zielbereiche Gruppenvergleiche in Bezug auf die Diagnosen anhand multinomialen **logistischen Regressionsanalysen** durchgeführt. Für die Subgruppenvergleiche wurden als abhängige Variablen die fünf häufigsten Diagnosegruppen (Erstdiagnose bei Entlassung) verwendet, ergänzt durch eine Referenzkategorie, die sich aus allen übrigen Patienten zusammensetzt, und gegen welche die anderen Kategorien getestet werden.

Hypothese 2

Patienten, die in bestimmten Bereichen wie psychopathologischer Symptomatik, interpersonaler Probleme oder gesundheitsbedingter Funktionseinschränkungen zu Beginn der Therapie hoch belastet sind, bekommen von den Therapeuten in den entsprechenden Bereichen häufiger Behandlungsziele zugewiesen. Die psychopathologische Symptomatik wird dabei durch zum einen durch zwei Subskalen (Somatisierung und phobische Angst) der SCL-14 von Harfst et al. (2002), einer Kurzform der Symptom-Checkliste SCL-90-R (Franke, 1995), erfasst. Zum anderen wird zur Erfassung der depressiven Symptomatik die Kurzform der Allgemeinen Depressionsskala (ADS-K, Hautzinger & Bailer, 1993) verwendet. Der Bereich der interpersonaler Probleme wird mittels der Skala „selbstunsicher“ des Inventars interpersonaler Probleme erfasst (IIP-D, Horowitz et al., 1994). Im Weiteren werden die gesundheitsbedingten Funktionseinschränkungen durch eine Kurzform des Fragebogens zum Gesundheitszustand SF-36 mit acht Items erfasst (Bullinger & Kirchberger, 1998). Die genannten Instrumente werden in Kapitel 7.2.5 ausführlicher dargestellt.

Folgende Annahmen sollen überprüft werden:

1. Für Patienten, die einen hohen Depressionsscore in der ADS-K aufweisen, werden in dem Bereich „Reduktion der spezifischen Symptomatik“ häufiger Therapieziele ausgewählt, da hier vor allem insbesondere depressionsspezifische Ziele zusammengefasst sind.
2. Für Patienten, die auf der Skala „phobische Angst“ der SCL-14 hohe Werte aufweisen, werden vermehrt Therapieziele in den Zielbereichen „Reduktion der spezifischen Symptomatik“ formuliert, da in diesem Bereich, neben den Zielsetzungen zur Depressivität, auch Zielsetzungen bezüglich der Behandlung von Angsterkrankungen zusammengefasst sind. Zudem wird erwartet, dass in den Zielbereichen „Vermittlung von Informationen

über die Erkrankung“ sowie „Verbesserung der Stressbewältigung“ häufiger Ziele formuliert werden.

3. Für Patienten, die in der Skala „Somatisierung“ der SCL-14 hohe Werte aufweisen, werden vermehrt Therapieziele in den Zielbereichen „Reduktion der spezifischen Symptomatik“ (da hier wiederum unter anderem Zielsetzungen bezüglich der Behandlung somatoformer Störungen zusammengefasst sind), „Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit“ sowie „Linderung von Schmerzen“ formuliert.
4. Für Patienten, die auf der Skala „selbstunsicher“ des IIP-D höher belastet sind, wählen die Therapeuten häufiger Ziele in den Zielbereichen „Förderung der sozialen Kompetenz“, „Bearbeitung von Problemen im interpersonellen Bereich“ und „Entwicklung des Selbst“ aus.
5. Für Patienten, die auf der „Psychischen Summenskala“ hoch belastet sind, werden häufiger aus den Zielbereichen „Reduktion der spezifischen Symptomatik“, „Wiederherstellung/Erhalt der Arbeitsfähigkeit“, „Bearbeitung von Problemen im interpersonellen Bereich“ und „Erarbeitung von Zukunftsperspektiven“ Therapieziele ausgewählt.

Zur **Prüfung der Hypothese 2** werden Gruppenvergleiche in Bezug auf die genannten klinischen Parameter anhand **logistischer Regressionsanalysen** durchgeführt.

7.1.3 Hypothesen zur Zielerreichung

Bezüglich der Fragestellung 4b wurden folgende Hypothesen formuliert:

Hypothese 3

Die Therapieziele unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Erreichbarkeit.

Zur **Prüfung der Hypothese 3** werden univariate Varianzanalysen für abhängige Stichproben berechnet.

Hypothese 4

Die Zielerreichung auf der Ebene des Gesamtscores ist abhängig von der Anzahl der gewählten Ziele. Therapeuten, die weniger Therapieziele formulieren, schätzen die Zielerreichung insgesamt höher ein, da sie konkretere Vorstellungen von der Behandlung ihrer Patienten haben und sich auf wenige, im Rahmen der stationären Behandlung erreichbare Zielsetzungen konzentrieren müssen.

Zur **Prüfung der Hypothese 4** werden die Produkt-Moment-Korrelationen zwischen der Anzahl der insgesamt gewählten Therapieziele und der mittleren Zielerreichungseinschätzung berechnet.

Hypothese 5

Die Gesamtzielerreichung wie auch die Zielerreichung in den jeweiligen Zielbereichen ist abhängig von zu Beginn erhobenen klinischen Variablen. Es wird angenommen, dass je größer der Schweregrad der Erkrankung, je geringer die Rehabilitationsmotivation und je größer das Ausmaß der psychopathologischen Symptomatik ist, desto geringer wird die Zielerreichung eingeschätzt, weil sich die Patienten aufgrund der höheren Belastungen weniger gut auf die Behandlungen einlassen können.

Zur **Prüfung der Hypothese 5** werden multiple Regressionsanalysen mit den folgenden klinischen Prädiktoren berechnet: Schweregrad der Erkrankung, Rehabilitationsmotivation und Ausmaß der psychopathologischen Symptomatik (Skalen „phobische Angst“ und „Somatisierung“ der SCL-14,), depressive Symptomatik (ADS-K), interpersonale Probleme (IIP-25) und Lebensqualität (SF-8, körperliche und psychische Summenskala). Dabei werden mögliche Prädiktoren sowohl auf der Ebene der Zielerreichung in den einzelnen Zielbereichen wie auch der Gesamtzielerreichung untersucht.

Hypothese 6

Es wird ein positiver Zusammenhang zwischen dem von den Therapeuten eingeschätzten Grad der Zielerreichung und entsprechenden selbsteingeschätzten Ergebnisbereichen erwartet. Je höher der Grad der Zielerreichung, desto größer ist die Veränderung in entsprechenden psychopathologischen Symptombereichen. Die psychopathologische Symptomatik wird dabei wiederum durch die zwei Subskalen „Somatisierung“ und „phobische Angst“ der SCL-14, die ADS-K, der Skala „selbstunsicher“ des IIP-25 und die körperliche und psychische Summenskala des SF-8 erfasst.

Folgende spezifische Annahmen lassen sich hierbei differenzieren:

1. Es besteht ein signifikant positiver Zusammenhang mit mindestens kleiner Effektstärke zwischen dem Grad der therapeutenseitig eingeschätzten Zielerreichung des Zielbereichs „Reduktion der spezifischen Symptomatik“ und der Prä-Post-Veränderung des Scores der ADS-K im Verlauf der Behandlung.

2. Im Weiteren besteht ein signifikant positiver Zusammenhang mit mindestens kleiner Effektstärke zwischen dem Grad der Zielerreichung im Zielbereich „Reduktion der spezifischen Symptomatik“ und der Prä-Post-Veränderung des Scores der Skala „phobische Angst“ der SCL-14.
3. Ebenso besteht ein signifikant positiver Zusammenhang mit mindestens kleiner Effektstärke zwischen dem Grad der Zielerreichung in den Zielbereichen „Linderung vegetativer Beschwerden“ sowie „Linderung von Schmerzen“ und der Prä-Post-Veränderung des Scores der Skala „Somatisierung“ der SCL-14.
4. Zudem besteht ein signifikant positiver Zusammenhang mit mindestens kleiner Effektstärke zwischen dem Grad der Zielerreichung in den Zielbereichen „Förderung der sozialen Kompetenz“, „Bearbeitung von Problemen im interpersonellen Bereich“ und „Entwicklung des Selbst“ und der Prä-Post-Veränderung des Scores der Skala „selbstunsicher“ des IIP-25.
5. Ebenso besteht ein signifikant positiver Zusammenhang mit mindestens kleiner Effektstärke zwischen dem Grad der Zielerreichung in der psychosozialen Zieldimension und der Prä-Post-Veränderung des „psychischen Summenscores“ des SF-8.
6. Abschließend wird angenommen, dass ein signifikant positiver Zusammenhang mit mindestens kleiner Effektstärke zwischen dem Grad der Zielerreichung in dem Zielbereich „Verbesserung der Alltagsbewältigung“ und der Prä-Post-Veränderung des „körperlichen Summenscores“ des SF-8 besteht.

Zur **Prüfung der Hypothese 6** und ihrer Annahmen werden Produkt-Moment-Korrelationen zwischen dem Grad der Zielerreichung der jeweiligen Zielbereiche und den entsprechenden Prä-Post-Mittelwertdifferenzen der verwendeten Skalen berechnet.

7.2 Methodisches Vorgehen

7.2.1 Rahmen der Untersuchung

Die Studie fand im Rahmen des von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Freiburger „Abteilung für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin“ (AQMS) entwickelten Projektes „Qualitätssicherung durch die gesetzlichen Krankenkassen in der medizinischen Rehabilitation“ (QS-REHA) statt. Das Programm sieht vor, unter Zuhilfenahme verschiedener Erhebungsinstrumente und Messmethoden Informationen zur Qualität der Einrichtungen zu erfassen und zu bewerten. Zum Abschluss erhält jede Klinik ein umfassendes Qualitätsprofil,

aus dem ihre Stärken und Schwächen hervorgehen. Das Verfahren wurde auch auf den Bereich der psychischen Erkrankungen (psychosomatische, psychiatrische und Abhängigkeitserkrankungen) erweitert. Die hierfür notwendigen Adaptationen des ursprünglich für die somatischen Indikationsbereiche entwickelten Programms wurde von dem Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf durchgeführt. Im Zuge dieser Adaptation wurden unter anderem auf der Basis von Expertendiskussionen die beiden im Rahmen dieser Arbeit entwickelten Zielerhebungsinstrumente in das Programm integriert. Die hier beschriebene Erhebung fand im Rahmen einer Pilotstudie im Bereich der Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Erkrankungen statt. Die Initiierung und Planung sowie die Organisation der Durchführung der Studie erfolgte durch die Projektleiter Dipl.-Psych. S. Kawski, Dr. H. Schulz und Prof. Dr. Dr. U. Koch sowie Dipl.-Psych. T. Harfst (Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf). Die Datenerhebung wurde in erheblichem Umfang durch die ärztliche und psychologische Belegschaft der beteiligten Kliniken unterstützt.

7.2.2 Studiendesign

Die der vorliegenden Arbeit zugrundeliegende Studie realisierte ein längsschnittliches Design mit drei Messzeitpunkten: Beginn der stationären Behandlung (T1), Ende des stationären Aufenthalts (T2) und 6-Monats-Katamnese (T3). Auf die Befragung zum katamnesticen Zeitpunkt soll im Rahmen dieser Arbeit jedoch nicht näher eingegangen werden, da die Einschätzungen der Therapieziele und deren Erreichung lediglich zu Beginn und am Ende der Behandlung durchgeführt wurden. Zu diesen beiden Messzeitpunkten wurden sowohl die Patienten als auch die jeweils behandelnden Therapeuten befragt. Zum ersten Messzeitpunkt (T1) wurden neben den Therapiezielen für die stationären Behandlung klinische, soziodemographische und sozialmedizinische Parameter erhoben. Bei Entlassung (T2) wurden neben den entsprechend zu T1 erhobenen klinischen Parametern weitere Merkmale der Behandlung wie Entlassungsdiagnosen, Nachsorgeempfehlungen sowie Zufriedenheit mit der Behandlung erfasst (vgl. Tabelle 6, Kapitel 7.2.5). Das Qualitätssicherungsprogramm, im Folgenden QS-REHA-Projekt genannt, umfasst neben der Evaluation des Therapieergebnisses auch Erhebungen zu Aspekten der Struktur- und Prozessqualität und der Mitarbeiterzufriedenheit in den Kliniken. Da aber für die hier behandelte Fragestellung lediglich Daten zur Ergebnisqualität relevant sind, werden nur die diesbezüglich verwendeten Instrumente in Kapitel 7.2.5 beschrieben und für die Auswertung verwendet. Die Feldstudie wurde in elf Rehabilitationskli-

niken zur Behandlung von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen im Jahre 2003 durchgeführt.

7.2.3 Rekrutierung der Stichprobe

Für die Pilotphase des QS-REHA-Projekts war mit den elf beteiligten Kliniken und den Kostenträgern vereinbart worden, konsekutive Stichproben von jeweils 200 Patienten zu untersuchen, deren Rehabilitation von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert wurde. Bereits zu Beginn der Datenerhebung zeigte sich jedoch, dass dieses Einschlusskriterium in den meisten Kliniken zu einer erheblich längeren Phase der Datenerhebung geführt hätte, so dass die getroffene Vereinbarung dahingehend modifiziert wurde, in den Kliniken auch Patienten der Gesetzlichen Rentenversicherung einzuschließen.

Die Datenerhebung begann in den einzelnen Kliniken im Zeitraum vom 25.02.03 bis 02.05.2003, die letzten Patienten wurden vom 30.06.03 bis 08.11.03 aufgenommen. Die Datenerhebungen zum Entlassungszeitpunkt waren je nach Klinik vom 30.06.03 bis 08.11.03 abgeschlossen.

Den Patienten wurde bei der Aufnahmeuntersuchung zwei Fragebögen (Outcomefragebogen und PPZ-P) ausgehändigt. Für die Bearbeitung des Outcomefragebogens zu T1 hatten die Patienten circa eine Woche Zeit. Das PPZ-P hingegen wurde von den Patienten in zwei Stufen ausgefüllt: Zunächst sollten die fünf wichtigsten Therapieziele zu Beginn der Therapie ausgewählt werden. Am Ende der Behandlung sollten die Patienten dann ihre fünf zu Beginn ausgewählten Ziele hinsichtlich der Zielerreichung einschätzen. In dem Zeitraum der Behandlung verblieb der Zielfragebogen bei den Patienten. Die Therapeuten erhielten zu Beginn der Behandlung des Patienten einen Fragebogen, der unter anderem den PPZ-T enthielt. Anhand dieses Fragebogens sollten die Therapeuten ebenfalls zu Beginn die Zielsetzungen für die Behandlung des Patienten auswählen, um diese dann zum Zeitpunkt T2 hinsichtlich der Zielerreichung einzuschätzen. Für Patienten, die nicht an der Studie teilnehmen wollten, wurde lediglich der Therapeutenbogen (Drop-Out-Bogen) vom behandelnden Therapeuten ausgefüllt. Von der Untersuchung ausgeschlossen wurden Patienten, die aufgrund sprachlicher Verständnisschwierigkeiten Probleme hatten, die Fragebögen auszufüllen.

7.2.4 Durchführung der Untersuchung

Der Fragebogen für die Patienten enthielt eine Erklärung über den Studienablauf mit der Bitte um eine Teilnahme an der Studie. Die Patienten wurden gebeten, mit ihren Unterschriften ihre

Einverständnisse für die Weitergabe ihrer anonymisierten Daten an das Institut und die Poliklinik für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf zu geben und sich für eine katamnestische Befragung sechs Monate nach der Rehabilitationsmaßnahme bereit zu erklären (auf die in der vorliegenden Arbeit jedoch nicht Bezug genommen wird).

Im Falle einer Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie gingen die ausgefüllten Fragebögen und die ausgefüllte Einverständniserklärung vom Rehabilitanden an die jeweilige Klinik zurück. Diese Fragebögen wurden dann, zusammen mit den entsprechenden Therapeutenbögen, an das Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf geschickt. Die Vergabe einer Zählnummer für jeden Versicherten, die auf den patienten- wie auch therapeutenseitig zu beantwortenden Fragebögen aufgedruckt wurde, stellte die korrekte Zuordnung der Fragebögen sicher.

7.2.5 Variablen und Erhebungsinstrumente

Nachfolgend sollen Variablen und die zu ihrer Erhebung verwendeten Instrumente beschrieben werden. Dies beschränkt sich jedoch auf jene Instrumente, die für die Bearbeitung der hier zu beantwortenden Fragestellungen relevant sind. So wurde für die Erhebung der patientenseitig zu erfassenden Daten neben soziodemographischen Angaben Variablen zur Erfassung psychischer, körperlicher und sozialer Symptome und der Patientenzufriedenheit verwendet. Zur Erfassung von Outcomeparametern in Hinblick auf psychische Probleme und problematische Verhaltensweisen wurden erprobte und standardisierte Instrumente eingesetzt. Der Zugang zu therapeutenseitigen Daten erfolgte ebenfalls über standardisierte Instrumente. Tabelle 6 zeigt eine Übersicht darüber, welche Instrumente zu welchen Messzeitpunkten verwendet wurden, getrennt für den Zugang über Patienten und Therapeuten dargestellt.

Tabelle 6 Übersicht der zu den Messzeitpunkten eingesetzten Instrumente

Variable	Instrument/Skala/Item	Anzahl Items	T1	T2
			Beginn der Reha	Ende der Reha
patientenseitig				
Soziodemographische Daten	Eigenentwicklung*	15	●	
Psychische und körperliche Beschwerden	SF-8, Selbstbeurteilung	8	●	●
	SCL-14	14	●	●
	Eigenentwicklung*	25	●	●
Konsum von Medikamenten, Genussmitteln und Drogen	Eigenentwicklung*	18	●	●
Depressive Symptomatik	ADS-K	15	●	●
Zwischenmenschliche Probleme	IIP-D	64	●	●
Behandlungsziele	PPZ-P, Eigenentwicklung*	72	●	● ¹
Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und sozialmedizinische Variablen	Eigenentwicklung*	14	●	
Behandlungsprozess, Nachsorgevorbereitung und sozialmedizinische Aspekte	Eigenentwicklung*	45		●
therapeutenseitig				
Soziodemographische Daten	Eigenentwicklung*	5	●	
Klinische Daten	Eigenentwicklung*	7	●	
Behandlungsziele	PPZ-T, Eigenentwicklung*	147	●	● ¹
Schweregrad der Symptome	SF-8, Fremdbeurteilung	8	●	●
	HoNOS, Fremdbeurteilung	12	●	●
Allgemeine Angaben	Eigenentwicklung*	6		●

Anmerkungen: * Eigenentwicklung im Rahmen des QS-REHA-Projekts; ¹ modifizierte Version: Zielerreichung

Nachfolgend sollen die genannten Fragebögen und Eigenentwicklungen kurz beschrieben werden. Die beiden Zielerfassungsinstrumente (PPZ-P, PPZ-T) wurden in Kapitel 6 ausführlich beschrieben.

Soziodemographische, klinische und allgemeine Angaben wurden auf der Grundlage von Entwicklungen in früheren Studien des Instituts und Poliklinik für Medizinische Psychologie des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf und des QS-REHA-Projekts erhoben. Soweit möglich, wurden die Fragen patientenseitig beantwortet, allgemeine Angaben und insbesondere klinische Daten wie Diagnosen oder Schweregrad der Erkrankung wurden jedoch therapeutenseitig erfasst.

Psychische und körperliche Beschwerden wurden auf Seiten der Patienten zu den Zeitpunkten T1 und T2 anhand von drei verschiedenen Instrumenten erhoben. Zur Messung der gesundheitlichen Funktionseinschränkungen als Folge von psychischen und körperlichen Beschwerden wurde eine Kurzform des Fragebogens zum Gesundheitszustand SF-36 (Short Form 36) mit 8 Items verwendet (Bullinger & Kirchberger, 1998). Der SF-8 bezog sich dabei auf das zurückliegende Zeitfenster von einer Woche und erfasst Einschränkungen in den Bereichen Beruf, Freizeit und Haushalt auf zwei Skalen (körperliche und psychische Summenskala). Der Fragebogen wurde leicht modifiziert als Fremdbeurteilungsinstrument auch von den Therapeuten beantwortet.

Eine therapeutenseitige Einschätzung des Schweregrades der psychischen und körperlichen Symptome und Beeinträchtigungen wird durch die „Health of the Nation Outcome Scales“ (HoNOS, Wing et al., 1998) ermöglicht, welche hierfür am Institut für Medizinische Psychologie ins Deutsche übersetzt wurden. Da diese Entwicklung noch nicht abgeschlossen ist und das Instrument im Rahmen dieser Untersuchung einer ersten Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften unterzogen wurde, sollen die Ergebnisse dieses Fragebogens jedoch nicht für die Analysen dieser Untersuchung verwendet und somit auch nicht näher erläutert werden.

Des Weiteren wurde eine Kurzform der Symptom-Check-Liste SCL-90-R (Franke, 1995) mit 14 Items eingesetzt (SCL-14). Diese Kurzform wurde von Harfst et al. (2002) auf der Basis von explorativen und konfirmatorischen faktoranalytischen Ergebnissen der SCL-90-R entwickelt und erfasst die **psychopathologische Symptomatik** des Patienten auf den Skalen „Depressivität“, „Somatisierung“ und „phobische Angst“.

Zur Erfassung der Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen wurde eine Eigenentwicklung der Forschungsgruppe mit 25 Items verwendet, die jedoch nicht in die Analysen dieser Studie miteinbezogen wurden und dementsprechend nicht näher beschrieben werden.

Zur Erfassung des **Konsums von Medikamenten, Genussmitteln und Drogen** zu den Zeitpunkten T1 und T2 wurde auf der Grundlage von Erfahrungen früherer Studien eine Eigenentwicklung der Forschungsgruppe mit 18 Items eingesetzt. Diese 18 Items beziehen sich auf den Zeitraum der letzten vier Wochen vor der Befragung, zehn der 18 Fragen sollten lediglich von Patienten beantwortet werden, die sich in einer stationären rehabilitativen Einrichtung für Abhängigkeitserkrankungen befanden. Da keine der an der Untersuchung beteiligten Kliniken schwerpunktmäßig Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen behandelt, werden diese zehn Items dementsprechend nicht in die Analysen miteinbezogen.

Aufgrund des hohen Anteils an Patienten mit depressiven Störungen in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen wurde zur Erfassung der **depressiven Symptomatik** ein weiteres diagnosespezifisches Instrument verwendet, die Kurzform der Allgemeinen Depressionsskala (ADS-K, Hautzinger & Bailer, 1993). Dies ist ein Screening-Instrument, welches das Vorhandensein und die Dauer der Beeinträchtigung durch depressive Symptome auf einer Skala mit 15 Items über den Zeitraum der letzten Woche vor der Behandlung (T1) und vor der Entlassung (T2) von dem Patienten erfragt.

Zur Erfassung von **zwischenmenschlichen Problemen** kam im Rahmen der Studie die deutsche Version des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D, Horowitz et al., 1994) zum Einsatz. Dieses aus 64 Items bestehende Instrument erfragt interpersonale Verhaltensweisen, die einerseits dem Patienten schwer fallen und die andererseits ein Patient im Übermaß zeigt. Die Auswertungen beschränken sich jedoch lediglich auf eine von Harfst et al. (2002) entwickelte Kurzform des IIP mit 25 Items, die innerhalb von fünf Skalen zusammengefasst werden. Der Fragebogen wurde zu beiden Zeitpunkten (T1, T2) eingesetzt.

Zielsetzungen vom Patienten zu Beginn und deren **Zielerreichung** am Ende der Behandlung wurden mittels des in Kapitel 6.2 beschriebenen PPZ-P erhoben. Für die Therapeuten wurde das in Kapitel 6.1 erläuterte PPZ-T verwendet. Die Instrumente ermöglichen den Patienten wie auch den Therapeuten die Auswahl von Therapiezielen aus einer vorgegebenen Kategorienliste und zusätzlich die Einschätzung des Behandlungserfolgs anhand einer Bewertung der Zielerreichung am Ende der Behandlung.

Zum Zeitpunkt T1 wird abschließend von Seiten des Patienten die **Inanspruchnahme medizinischer Leistungen** (zehn Items) vor Beginn der stationären Behandlung und einige **sozialmedizinische Variablen** (vier Items) erhoben. Die Erfassung der Inanspruchnahme bezieht sich dabei auf den Zeitraum der letzten zwölf Monate. Die 14 Items wurden auf Basis von Erfahrungen in früheren Studien zusammengestellt.

Zum Zeitpunkt T2 wurden den Patienten zusätzlich noch 45 Items zur Erfassung des **Behandlungsprozesses**, von **Nachsorgevorbereitungen** und **sozialmedizinischen Aspekten** zur Beantwortung vorgelegt. Bei der Erfassung des Behandlungsprozesses lag der Fokus insbesondere auf Fragen, die sich auf den Erhalt von Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung bezogen. Nachsorgevorbereitungen wurden in den Bereichen zur beruflichen Rehabilitation, ambulanter Psychotherapie, weiteren medizinischen Maßnahmen und Empfehlungen zur Lebensführung erfasst. Diese 45 Items werden jedoch in die Analysen der vorliegenden Arbeit nicht miteinbezogen.

In Anhang 13.4 sind jeweils die Instrumente abgebildet, die entweder noch nicht publiziert sind oder Eigenentwicklungen darstellen. Standardinstrumente (z.B. IIP-D, ADS-K) sowie in die Analysen nicht mit einbezogene Fragebögen (z.B. HoNOS-D, Zufriedenheitsitems) werden aus Platzgründen nicht dargestellt.

7.2.6 Statistische Verfahren

Zur Überprüfung der Hypothese 1 und der Hypothese 2 wird das Verfahren der logistischen Regression verwendet. Hierbei wird bei mehr als zwei Gruppen der abhängigen Variablen eine multinomiale logistische Regressionsanalyse durchgeführt. Im Falle von zwei Gruppen der abhängigen Variablen wird die binäre logistische Regression berechnet. Um die „Passungsgüte“ der Modelle bestimmen zu können wird mittels eines „Likelihood-Ratio-Tests“ die Hypothese getestet, dass das Modell einem Nullmodell überlegen ist, wobei eine niedrige Irrtumswahrscheinlichkeit ($p < .05$) für eine gute Anpassung spricht. Da dies aber lediglich bedeutet, dass das gebildete Modell einem Nullmodell überlegen ist und somit kein Vergleich zu den beobachteten Daten stattfindet (Hosmer und Lemeshow, 2000), wird zusätzlich anhand der „Pearson Chi-Square Statistic“ die Nullhypothese getestet, dass das vorhergesagte Modell die erhobenen Daten adäquat abbildet, wobei eine hohe Irrtumswahrscheinlichkeit ($p > .05$) demzufolge für eine gute Anpassung spricht. Für den direkten Vergleich zwischen konkurrierenden Modellen im Verlauf der Modellkonstruktion wurde der Pseudo-R-Square-Koeffizient von Nagelkerke verwendet. Bezogen auf das Gesamtmodell, lässt sich ab Werten von .2 von einer guten Modellanpassung sprechen (Urban, 1993). Die Wahrscheinlichkeit der Gruppenzugehörigkeit bezüglich der einzelnen unabhängigen Variablen (Hauptkategorien) wird durch odds ratios (OR) angegeben.

Zur Prüfung der Hypothese 3 werden univariate Varianzanalysen für abhängige Stichproben berechnet.

Zur Überprüfung der Hypothese 4 und der Hypothese 5 wird das Verfahren der multiplen linearen Regression verwendet, um so den Zusammenhang zwischen mehreren Prädiktorvariablen und einer metrischen Kriteriumsvariablen zu analysieren.

Zur Prüfung der Hypothese 6 und ihrer Annahmen werden Produkt-Moment-Korrelationen berechnet.

Sowohl bei den deskriptiven Analysen als auch bei den hypothesenprüfenden Analysen werden die Berechnungen jeweils auf den Ebenen der 21 Zielbereiche durchgeführt. Dabei ist zwar zum Teil mit Informationsverlusten zu rechnen, dieses Vorgehen ermöglicht jedoch zum

einen, die Analysen in einem überschaubaren Rahmen zu halten und zum anderen auch eine bessere Vergleichbarkeit zwischen den verschiedenen Analysen zu erhalten.

Die Irrtumswahrscheinlichkeit der vorliegenden Datenanalysen wird auf 5% für den Typ-1-Fehler festgelegt.

Um Unterschiede zwischen Gruppen über das Signifikanzniveau hinaus beschreiben zu können, werden zusätzlich die entsprechenden Effektstärkemaße mitgeteilt. Die Klassifikation dieser Effektstärkemaße erfolgt entsprechend den Empfehlungen von Cohen (1988) und Bortz und Döring (1995a), die in Tabelle 7 dargestellt sind:

Tabelle 7 Klassifikation der Effektgrößen der angewendeten Signifikanztests

Signifikanztest	Effektgröße	Klassifikation der Effektgrößen		
		klein	mittel	groß
t-Test für unabhängige Stichproben	d	0.20	0.50	0.80
Korrelationstest (r)	r	0.10	0.30	0.50
Varianzanalyse	f	0.10	0.25	0.40
multiple Korrelation (R)	f ²	0.02	0.15	0.35

7.3 Ergebnisse

7.3.1 Stichprobenbeschreibung und Repräsentativitätsanalyse

Um die Repräsentativität der für die Auswertungen verwendbaren Daten für die insgesamt befragten Patienten zu prüfen, werden in diesem Kapitel die Studienteilnehmer und die Nichtteilnehmer tabellarisch bezüglich verschiedener allgemeiner, soziodemographischer und klinischer Merkmale verglichen. Diejenigen Patienten, bei denen zu beiden Messzeitpunkten Aufnahme- und Entlassungsbögen der Ergebnisqualität vorlagen, werden im Folgenden als „QS-REHA-Teilnehmer“ bezeichnet. Mit „Partial-Nonresponder“ werden die Patienten bezeichnet, zu denen ein Aufnahmebogen, aber kein Entlassungsbogen und (oder vice versa) zum Therapieergebnis vorhanden war. Jene Patienten, die aus verschiedenen Gründen (z.B. Verweigerung oder Therapieabbruch) überhaupt nicht am Qualitätssicherungsprogramm teilgenommen haben oder teilnehmen wollten, werden im Weiteren „Nonresponder“ genannt.

Da sich die anschließenden Analysen zum Teil auch auf Einschätzungen beziehen, die von den Patienten am Ende der Therapie erbracht wurden, werden in die Analysen lediglich dieje-

nigen Fälle einbezogen, von denen zu beiden Messzeitpunkten jeweils der Fragebogen zur Ergebnisqualität vorlag. Insgesamt wurden damit N=1918 QS-REHA-Teilnehmer aus den 11 teilnehmenden Kliniken in die Analysen einbezogen. Die Drop-Out-Patienten (N=468) definieren sich über die Gesamtheit der Patienten, die trotz Erfüllung der Einschlusskriterien überhaupt nicht teilnahmen (Nonresponder; N=225) und über die Patienten, von denen zum Entlassungszeitpunkt kein Fragebogen zur Ergebnisqualität vorlag (Partial-Nonresponder, N=243).

Für fünf der elf Kliniken bzw. 176 von insgesamt 225 Patienten lagen Angaben über die Gründe einer Nicht-Teilnahme am Qualitätssicherungsprogramm vor. Tabelle 8 bietet dazu einen zusammenfassenden Überblick.

Tabelle 8 Gründe für Nicht-Teilnahme (N=5 Kliniken)

Gründe	Häufigkeit	Prozent
Verweigerung	37	21
Vorzeitige Abreise	15	8
Verlegung	3	2
Therapieabbruch	12	7
Anderes	109	62
Gesamt	176	100

Von den 176 Nonrespondern verweigerten 21% die Teilnahme, weitere 8% reisten vorzeitig ab und 7% der Nonresponder brachen die stationäre Behandlung ab. Auf den größten Teil der Nonresponder (62%) trafen andere Gründe als die in den vorgegebenen Kategorien Verweigerung, Verlegung oder Therapieabbruch zu. Genannt wurden unter anderem mangelnde Motivation oder Widerruf der Teilnahmebereitschaft im Nachhinein.

Nonresponder: Auswertung relevanter Parameter aus dem Arztbogen

Um zu überprüfen, ob zwischen den N=1918 „QS-REHA-Teilnehmern“ und den N=468 „Drop-Out-Patienten“ Unterschiede in relevanten sozialmedizinischen und klinischen Parametern bestehen, wurden in Tabelle 9, Tabelle 10 und Tabelle 11 Vergleiche hinsichtlich der folgenden Variablen aus dem Arztbogen durchgeführt: Diagnosegruppen, „Chronifizierung der Erkrankung in Jahren“, „Motivation zur Rehabilitationsbehandlung“ und die Gesamtwerte im Instrument zur Fremdeinschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität für die psychische und körperliche Summenskala des SF-8.

Tabelle 9 Unterschiede zwischen den QS-REHA-Teilnehmern und den Drop-Out-Patienten hinsichtlich der Diagnosegruppen (1. - 5. Entlassungsdiagnose) Depressive Störungen, Angststörungen und Somatoforme Störungen

Diagnose	QS-REHA-Teilnehmer		Drop-Out-Patienten		Signifikanztests, Effektstärken ^a
	N	%	N	%	
Depressive Störungen	1004	52.3	232	49.6	$\chi^2=1.16$; $p=.28$; $\phi=.02$
Angststörungen	321	16.7	85	18.2	$\chi^2=0.54$; $p=.46$; $\phi=.02$
Somatoforme Störungen	263	13.7	67	14.3	$\chi^2=0.16$; $p=.73$; $\phi=.01$

Anmerkungen: ^a Signifikanztests und Effektmaße bezogen auf den Vergleich zwischen QS-REHA-Teilnehmer und Drop-Out-Patienten

Ausschließlich auf die erste Entlassungsdiagnose bezogen, stellen die Patienten mit einer depressiven Störung die größte Diagnosegruppe dar (38.1%). Die Patienten mit einer Essstörung (15.1%), mit einer Anpassungsstörung (13.2%) und einer Angststörung (9%) bilden die nächstgrößeren Diagnosegruppen.

Tabelle 10 Unterschiede zwischen den QS-REHA-Teilnehmern und den Drop-Out-Patienten hinsichtlich der Variable Chronifizierung in Jahren (Mann-Whitney-U-Test)

Variable	QS-REHA-Teilnehmer (N=1823)		Drop-Out-Patienten (N=413)		Signifikanztests, Effektstärken ^a
	Median	Mittlerer Rang	Median	Mittlerer Rang	
Chronifizierung	4	1110	4	1152	$U\text{-Wert}=362549$; $p=.23$; $Kendall's\text{-Tau-c}=.02$

Anmerkungen: ^a Signifikanztests und Effektmaße bezogen auf den Vergleich QS-REHA-Teilnehmer und Drop-Out-Patienten; Chronifizierung als Rangvariable (Rang 1=Akutereignis, Rang 2=1 Jahr, Rang 3=1-2 Jahre, Rang 4=3-5 Jahre, Rang 5=5-10 Jahre und Rang 6=mehr als 10 Jahre). Kendall's-Tau-c als Assoziationsmaß für die Effektstärke zwischen einem nominalskalierten und ordinalskalierten Merkmal.

Tabelle 11 Unterschiede zwischen QS-REHA-Teilnehmern und Drop-Out-Patienten hinsichtlich der Rehabilitationsmotivation und Fremdeinschätzungen der Lebensqualität (t-Test)

	QS-REHA-Teilnehmer		Drop-Out-Patienten		Signifikanztests, Effektstärken ^a
	M	SD	M	SD	
SF-8 Fragebogen					
psychische Summenskala (SF-8-F)	2.59	0.64	2.63	0.70	$t_{(df=2334)}=0.91^c$; $p=.36$; $d=.05$
körperliche Summenskala (SF-8-F)	1.79	0.81	1.89	0.83	$t_{(df=2335)}=2.18^b$; $p=.03$; $d=.11$
Rehabilitationsmotivation	2.57	1.15	3.06	1.33	$t_{(df=2295)}=6.96^b$; $p\leq.001$; $d=.40$

Anmerkungen: ^a Signifikanztests und Effektmaße bezogen auf den Vergleich QS-REHA-Teilnehmer und Drop-Out-Patienten; ^b t-Test bei inhomogenen Varianzen (Levene-Test); ^c t-Test bei homogenen Varianzen (Levene-Test)

Tabelle 9, Tabelle 10 und Tabelle 11 zeigen, dass zwischen den QS-REHA-Teilnehmer und den Drop-Out-Patienten signifikante Unterschiede mit kleiner Effektstärke lediglich in der Motivation zur Rehabilitationsbehandlung zu Beginn der Erhebung sowie mit weniger als einer kleinen Effektstärke in der körperlichen Summenskala des SF-8-F bestehen: die Drop-Out-Patienten werden als weniger motiviert und im SF-8-F als höher belastet eingeschätzt.

Partial-Nonresponder: Auswertung relevanter Parameter aus dem Arzt- und Patientenbogen

Um beurteilen zu können, ob die Gruppe der QS-REHA-Teilnehmern repräsentativ für alle Patienten ist, die in die Studie mit einbezogen wurden, werden in der folgenden Tabelle 12 die QS-REHA-Teilnehmer mit der Gruppe der Partial-Nonresponder hinsichtlich soziodemographischer und in Tabelle 13 und Tabelle 14 hinsichtlich klinischer Merkmale verglichen.

Tabelle 12 Repräsentativitätsanalyse für QS-REHA-Teilnehmer im Vergleich zu den Partial-Nonrespondern: Soziodemographische Merkmale

	QS-REHA-Teilnehmer		Partial-Nonresponder		Signifikanztests, Effektmaße ^a
	N	%	N	%	
Geschlecht					
männlich	424	23.0	42	26.4	$\chi^2_{(1, N=2000)}=0.91$; $\phi=-.02$; $p=.33$
weiblich	1417	77.0	117	73.6	
Partnersituation					
kurzfristig keinen Partner (<1 Jahr)	224	14.0	14	12.4	$\chi^2_{(3, N=1718)}=.82$; $\phi=.02$; $p=.85$
langfristig keinen Partner (>1 Jahr)	456	28.4	29	25.7	
fester Ehepartner	664	41.4	50	44.2	
fester Nicht-Ehepartner	261	16.3	20	17.7	
Schulabschluss					
Fachabitur / Abitur	513	28.2	30	23.4	$\chi^2_{(4, N=1946)}=2.24$; $\phi=.03$; $p=.71$
Realschulabschluss	569	31.3	45	35.2	
Hauptschulabschluss	551	30.3	41	32.0	
ohne Abschluss	47	2.6	2	1.6	
sonstiges	138	7.6	10	7.8	
Erwerbssituation					
berufstätig	856	49.4	51	42.5	$\chi^2_{(5, N=1853)}=11.91$; $\phi=.08$; $p=.04$
arbeitslos	232	13.4	13	10.8	
Hausfrau/-mann	152	8.8	17	14.2	
Altersrente	113	6.5	7	5.8	
EU-Rente	109	6.3	15	12.5	
sonstiges	271	15.6	17	14.2	
Rentenantrag					
Nein	1688	94.9	180	90.9	$\chi^2_{(1, N=1977)}=5.43$; $\phi=.02$; $p=.05$
Ja	91	5.1	18	9.1	

Anmerkungen: ^a Signifikanztests und Effektmaße bezogen auf den Vergleich QS-REHA-Teilnehmer versus Partial-Nonresponder; ^b t-Test bei homogenen Varianzen (geprüft mittels Levene-Test)

Das durchschnittliche Alter der Patienten liegt bei 42.3 Jahren (SD: 14.0 Jahre), die durchschnittliche Behandlungsdauer liegt bei 47.5 Tagen (SD: 14.6 Tage; nicht in der Tabelle aufgeführt). Der Anteil an weiblichen Patienten beträgt 77%. In der Gesamtstichprobe geben 28.2% der QS-REHA-Teilnehmer als höchsten Schulabschluss die Hochschulreife oder Fachhochschulreife an. Weitere 31.3% verfügen über einen Realschulabschluss. Der Anteil der QS-REHA-Teilnehmer mit einem Hauptschulabschluss liegt bei 30.3%, während 10.2% über keinen Schulabschluss oder maximal einen Sonderschulabschluss verfügen, noch zur Schule gehen oder über einen sonstigen Abschluss verfügen. 57.7% der QS-REHA-Teilnehmer leben in einer festen ehelichen oder nicht-ehelichen Partnerschaft. Ein Anteil von 42.4% der QS-REHA-Teilnehmer lebt kurzfristig oder längerfristig in keiner festen Partnerschaft. 49.4% geben an, voll- oder teilerwerbstätig zu sein. Dagegen geben 13.4% der QS-REHA-

Teilnehmer an, arbeitslos zu sein. Der Anteil der QS-REHA-Teilnehmer mit Rentenantrag beträgt 5.1% (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12 zeigt zudem, dass die Gruppe der Partial-Nonresponder hinsichtlich soziodemographischer Merkmale weitgehend repräsentativ für die Gesamtgruppe der in die Studie einbezogenen Patienten ist (trotz teilweiser signifikanter χ^2 -Tests keine Gruppenunterschiede von wenigstens kleiner Effektstärke).

Tabelle 13 Unterschiede zwischen den QS-REHA-Teilnehmern und den Partial-Nonrespondern hinsichtlich der Diagnosegruppen (1. - 5. Entlassungsdiagnose) „Depressive Störungen“, „Angststörungen“ und „Somatoforme Störungen“

Diagnose	QS-REHA-Teilnehmer		Partial-Nonresponder		Signifikanztests, Effektstärken ^a
	N	%	N	%	
Depressive Störungen	1004	52.3	115	47.3	$\chi^2=2.17$; $p=.14$; $\phi=.03$
Angststörungen	321	16.7	52	21.4	$\chi^2=3.28$; $p=.07$ $\phi=.04$
Somatoforme Störungen	263	13.7	35	14.4	$\chi^2=0.10$; $p=.77$; $\phi=.01$

Anmerkungen: ^a Signifikanztests und Effektmaße bezogen auf den Vergleich QS-REHA-Teilnehmer versus Partial-Nonresponder

Tabelle 13 zeigt, dass hinsichtlich der Diagnosegruppen „Depressive Störungen“, „Angststörungen“ und „Somatoforme Störungen“ zwischen den QS-REHA-Teilnehmern und den Partial-Nonrespondern keine signifikanten Unterschiede mit mindestens kleiner Effektstärke bestehen.

Tabelle 14 Repräsentativitätsanalysen für QS-REHA-Teilnehmer im Vergleich zu den Partial-Nonrespondern: Klinische Merkmale

Variable	QS-REHA-Teilnehmer		Partial-Nonresponder		Signifikanztests, Effektmaße ^a
	M	SD	M	SD	
SF-8 Fragebogen					
SF-8: psychische Summenskala (T1)	2.26	0.89	2.38	0.90	$t_{(df=2024)}=1.47^b$; $p=.14$; $d=.13$
SF-8: körperliche Summenskala (T1)	1.83	0.95	1.91	0.94	$t_{(df=2036)}=0.94^b$; $p=.35$; $d=.08$
Alter	42.3	14.0	40.4	14.3	$t_{(1997; N=1999)}=-1.63^b$ $d=-.13$; $p=.10$
Rehabilitationsmotivation	2.6	1.2	2.8	1.3	$t_{(2074; N=2076)}=3.02^b$ $d=.22$; $p < .01$

Anmerkungen: ^a Signifikanztests und Effektmaße bezogen auf den Vergleich QS-REHA-Teilnehmer und Drop-Out-Patienten; ^b t-Test bei inhomogenen Varianzen (Levene-Test); ^c t-Test bei homogenen Varianzen (Levene-Test)

Tabelle 14 zeigt, dass zwischen den QS-REHA-Teilnehmern und den Partial-Nonrespondern signifikante Unterschiede mit kleiner Effektstärke in der arztseitig eingeschätzten Motivation zur Rehabilitationsbehandlung zu Beginn der Erhebung bestehen. In der Therapeuteneinschätzung liegt die durchschnittliche Rehabilitationsmotivation der QS-REHA-Teilnehmer bei $M=2.6$ (SD: 1.2), bei den Partial-Nonrespondern bei $M=2.8$ (SD: 1.3).

7.3.2 Häufigkeit und Verteilung der Therapieziele (Fragestellung 1)

Entsprechend der Fragestellung 1 soll im Folgenden beschrieben werden, wie sich die mittels des PPZ-T von den Therapeuten zu Beginn der Behandlung gewählten Zielsetzungen über die 21 Zielbereiche verteilen, wie viele Ziele pro Patient gewählt wurden, welche Ziele besonders häufig gewählt wurden und von welchen Einflussfaktoren die Anzahl der Zielsetzungen abhängig ist. Es wurden die Anzahl der Ziele und die Anzahl der ausgewählten Zielbereiche pro Patient berechnet und die Verteilung der Ziele auf der Ebene der Zielbereiche ermittelt. Da die einzelnen Zielbereiche unterschiedlich viele Ziele beinhalten, wurden die angekreuzten Ziele nicht aufsummiert, sondern der Anteil derjenigen Patienten berechnet, für die mindestens ein Ziel innerhalb des entsprechenden Zielbereichs von dem Therapeuten ausgewählt wurde. In die Analysen zur Häufigkeit und Verteilung der Therapieziele gingen all diejenigen Fälle ein, bei denen zu Beginn der Behandlung von den Therapeuten mindestens ein Ziel gewählt und die Zielerreichung am Ende der Behandlung eingeschätzt wurde. Analysen bezüglich der Verständlichkeit der Instruktionen und fehlender Werte und somit der Praktikabilität des PPZ-T finden sich in Kapitel 7.3.3.

7.3.2.1 Anzahl und Rangfolge der zehn häufigsten Therapieziele

In insgesamt 1905 Fällen wurden von den Therapeuten mindestens ein Ziel gewählt und hinsichtlich der Zielerreichung eingeschätzt. Für diese 1905 Behandlungsfälle wurden 23332 Ziele von den Therapeuten ausgewählt. Das entspricht im Durchschnitt 12.2 (SD=8.1) Ziele pro Behandlungsfall. Die Anzahl gewählter Ziele liegt zwischen 0 und 58.

Tabelle 15 zeigt die Anzahl der mit mindestens einem Ziel gewählten Zielbereiche des PPZ-T. Maximal konnten 21 Zielbereiche gewählt werden. Der größte Teil der Therapeuten wählte Ziele aus fünf verschiedenen Zielbereichen aus (34.7%). Für 5.4% der Patienten wurde ein oder zwei Zielbereiche ausgewählt, mehr als zehn Zielbereiche wählten 6.9% der Therapeuten. Im Durchschnitt wählten die Therapeuten ihre Ziele aus 5.3 (Range: 1-20) Zielbereichen aus.

Tabelle 15 Anzahl der zu Beginn der Therapie ausgewählten Zielbereiche (N=1905)

	Anzahl der ausgewählten Zielbereiche							M	SD
	1-2	3	4	5	6	7-10	> 10		
Anzahl	103	237	491	661	105	176	132	5.3	2.8
Prozent	5.4	12.4	25.8	34.7	5.5	9.2	6.9		

Tabelle 16 zeigt eine Auflistung der zehn am häufigsten ausgewählten Zielsetzungen und deren Zielbereichszugehörigkeit. Am häufigsten wurden die Ziele „Reduktion der depressiven Symptomatik“ sowie „Abbau des Rückzugsverhaltens“ aus den Zielbereichen „Reduktion der spezifischen Symptomatik“ gewählt.

Tabelle 16 Rangfolge der zehn häufigsten Therapiezielennennungen

Zielsetzungen	Zielbereichszugehörigkeit	N	%
Reduktion der depressiven Symptomatik	Reduktion der spezifischen Symptomatik	691	36.3
Abbau des Rückzugsverhaltens	Reduktion der spezifischen Symptomatik	501	26.3
Steigerung des Selbstwertgefühls / Selbstvertrauens	Entwicklung des Selbst	500	26.2
Förderung der Abgrenzungsfähigkeit (nein sagen können)	Förderung der sozialen Kompetenz	499	26.2
Verbesserung des Ausdrucks eigener Bedürfnisse und Meinungen	Förderung der sozialen Kompetenz	492	25.8
Emotionale Entlastung und Stabilisierung	Bearbeitung emotionaler Aspekte	482	25.3
Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit	Förderung der sozialen Kompetenz	449	23.6
Antriebssteigerung	Reduktion der spezifischen Symptomatik	444	23.3
Verbesserung des Umgangs mit Ärger / Wut / Aggression	Bearbeitung emotionaler Aspekte	437	22.9
Erlernen eines Entspannungsverfahrens	Verbesserung der Stressbewältigung	434	22.8

7.3.2.2 Verteilung der Therapieziele auf der Ebene der 21 Zielbereiche

Abbildung 14 zeigt den prozentualen Anteil der Patienten, für die von den Therapeuten jeweils mindestens ein Ziel aus den entsprechenden 21 Zielbereichen gewählt wurde. Die Häufigkeit der Zielauswahl innerhalb der einzelnen Zielbereiche wird durch die Zahlenangaben in Klammern hinter den jeweiligen Zielbereichsbezeichnungen in den Graphiken ersichtlich. Diese stellen die Anzahl der Patienten dar, die mindestens ein Ziel aus dem entsprechenden Zielbereich wählten und dessen Zielerreichung einschätzten.

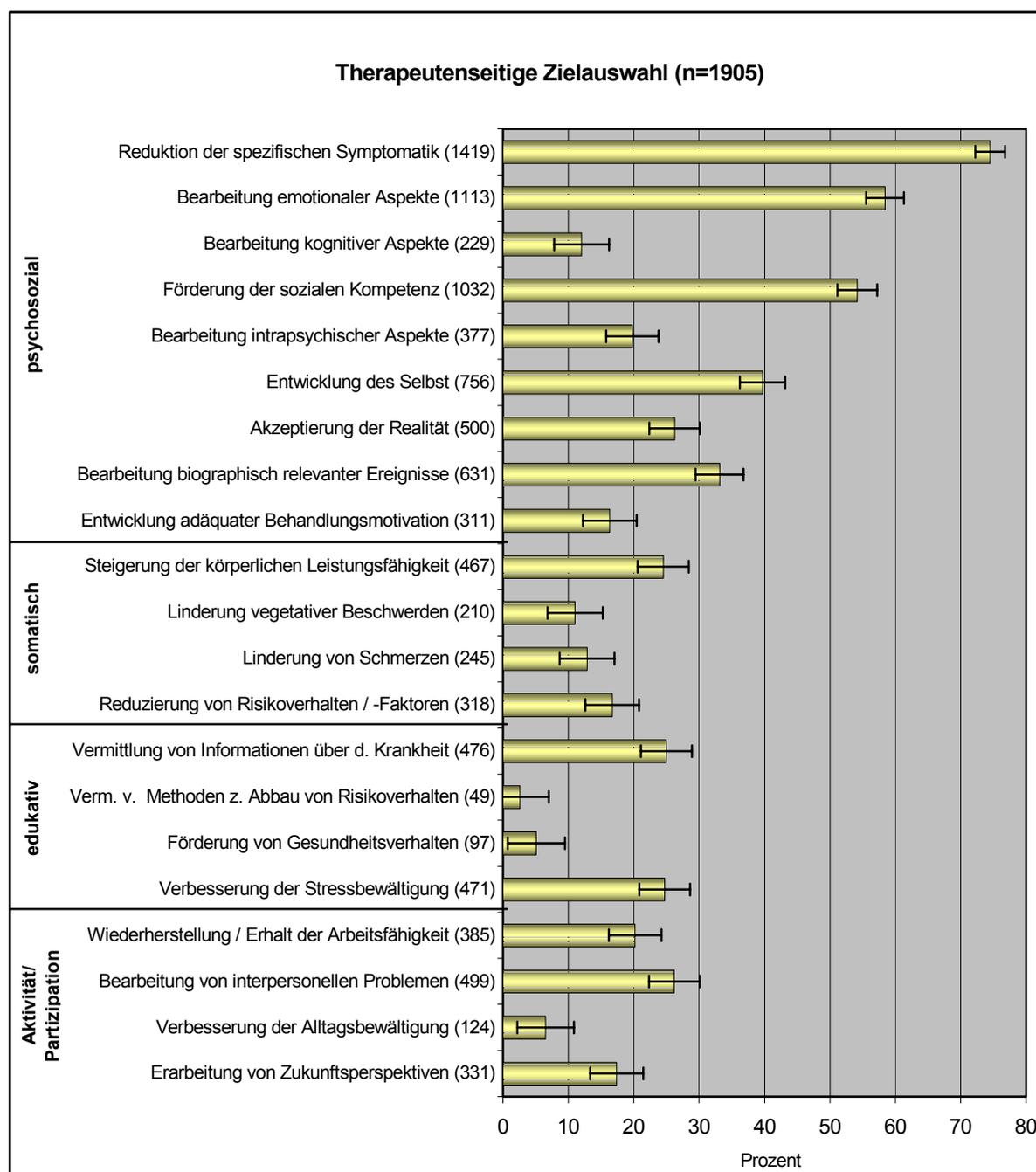


Abbildung 14 Verteilung der therapeutenseitig formulierten Therapieziele und 95% CI (N=1905)

Abbildung 14 zeigt, dass von Seiten der Therapeuten Therapieziele aus der psychosozialen Zieldimension besonders häufig gewählt wurden, insbesondere die Zielbereiche „Reduktion der spezifischen Symptomatik“ (74.5%), „Bearbeitung emotionaler Aspekte“ (58.4%), „Förderung der sozialen Kompetenz“ (54.2%) und „Entwicklung des Selbst“ (39.7%). Im Weiteren wurde innerhalb der somatischen Zieldimension der Zielbereich „Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit“ (24.5%), innerhalb der edukativen Zieldimension der Zielbereich

„Vermittlung von Informationen über die Krankheit“ (25.0%) und innerhalb der Zieldimension Aktivität/Partizipation der Zielbereich „Bearbeitung von interpersonellen Problemen“ (26.2%) am häufigsten gewählt. Die geringsten Nennungen zeigten sich in Zielbereichen wie „Vermittlung von Methoden zum Abbau von Risikoverhalten“ (2.6%) und „Förderung von Gesundheitsverhalten“ (5.1%) der edukativen Zieldimension sowie „Verbesserung der Alltagsbewältigung“ (6.5%) der Zieldimension Aktivität/Partizipation.

Entsprechend den Anweisung konnten die behandelnden Therapeuten innerhalb der Zielbereiche beliebig viele Therapieziele auswählen. Die folgende Tabelle 17 zeigt die durchschnittliche Anzahl der innerhalb der jeweiligen Zielbereiche ausgewählten Therapieziele.

Tabelle 17 Durchschnittliche Anzahl der in den jeweiligen Zielbereichen ausgewählten Therapieziele (N=1905)

	max*	M	SD
psychosozial			
Symptomreduktion	15	2.2	2.2
emotionale Aspekte	14	1.9	2.4
kognitive Aspekte	4	0.2	0.5
soziale Kompetenz	12	1.9	2.5
intrapsychische Konflikte	5	0.3	0.7
Selbstwert	9	1.0	1.7
Realitätsakzeptanz	7	0.5	1.0
biographische Aspekte	6	0.5	0.9
Motivierung	7	0.3	0.9
somatisch			
Leistungsfähigkeit	7	0.4	0.9
vegetative Beschwerden	4	0.1	0.4
Schmerzbewältigung	5	0.2	0.6
Risikofaktoren	11	0.3	0.7
edukativ			
Informationsvermittlung	7	0.6	1.2
Risikoverhalten	4	0.03	0.2
Gesundheitsverhalten	4	0.1	0.3
Stressbewältigung	4	0.4	0.7
Aktivität / Partizipation			
Arbeitsfähigkeit	7	0.3	0.8
interpersonelle Probleme	5	0.4	0.7
Alltagsbewältigung	3	0.1	0.3
Zukunftsperspektiven	3	0.2	0.5
Gesamt	143	12.2	8.1

Anmerkungen: * Anzahl der maximal wählbaren Unterziele

Die tabellarische Darstellung verdeutlicht, (siehe auch Abbildung 14), dass innerhalb der Zielbereiche Symptomreduktion, soziale Kompetenz und Selbstwert der psychosozialen

Zieldimension am häufigsten Ziele gewählt werden; besonders selten jedoch in einigen Zielbereichen insbesondere der somatischen Zieldimension sowie der Zieldimension Aktivität/Partizipation.

Die nächste Tabelle zeigt beispielhaft die Häufigkeiten, mit der innerhalb der Hauptkategorie „Reduktion der spezifischen Symptomatik“ Ziele von den behandelnden Therapeuten genannt wurden. Die jeweiligen Tabellen der übrigen Hauptkategorien finden sich im Anhang 13.5.1.

Tabelle 18 Häufigkeiten der Zielnennungen innerhalb der Hauptkategorie „Reduktion der spezifischen Symptomatik“ (N=1905)

	N	%
Reduktion der spezifischen Symptomatik	1419	74.5
Reduktion der Angstsymptomatik	383	27.0
Abbau von Vermeidungsverhalten	270	19.0
Abbau von Rückversicherungsverhalten	103	7.3
Reduktion der Aufmerksamkeitsfokussierung	140	9.9
Reduktion der depressiven Symptomatik	691	48.7
Aktivitätssteigerung	430	30.3
Verbesserung der Tagesstrukturierung	258	18.2
Antriebssteigerung	444	31.3
Abbau des Rückzugsverhaltens	501	35.3
Reduktion der somatoformen Symptomatik	252	17.8
Verbesserung der Schmerzbewältigung	127	8.9
Normalisierung des Essverhaltens	353	24.9
Reduktion der Tinnitusymptomatik	69	4.9
Reduktion der Schlafstörungen	229	16.1
Sonstiges	33	2.3

Aus Tabelle 18 ist ersichtlich, dass am häufigsten Zielsetzungen innerhalb der Kategorien „Reduktion der depressiven Symptomatik“ und „Reduktion der Angstsymptomatik“ gewählt wurden. Die meisten der genannten Therapieziele werden in mehr als 10% der Behandlungsfälle gewählt. Das Therapieziel „Reduktion der Tinnitusymptomatik“ wurde mit 4.9% innerhalb dieses Zielbereichs am seltensten gewählt.

7.3.3 Praktikabilität (Fragestellung 2)

Im folgenden Kapitel soll das PPZ-T hinsichtlich der Praktikabilität überprüft werden. Hierbei soll einerseits das Kriterium der **Verständlichkeit** sowohl hinsichtlich der Instruktionen zur Bearbeitung des PPZ-T, wie auch der Zielformulierungen analysiert werden. Andererseits soll

im Hinblick auf die **Vollständigkeit** des Instruments überprüft werden, ob die Zielformulierungen des PPZ-T die tatsächlichen Ziele der Therapeuten abdecken.

7.3.3.1 Verständlichkeit

Die Verständlichkeit des PPZ-T wurde zunächst anhand der Analyse der Häufigkeit von fehlenden Werten überprüft. Es zeigte sich, dass von den insgesamt 2161 erfassten Behandlungsfällen in 256 Fällen (11.8%) der Therapiezielbogen nicht von den Therapeuten ausgefüllt wurde. Entsprechend den Instruktionen waren folgende Fehler bei der Bearbeitung des PPZ-T möglich:

- Nur ein Zielbereich wurde ausgewählt
- Mehr als fünf Zielbereiche wurden ausgewählt
- Ein Ziel wurde ausgewählt, jedoch nicht hinsichtlich der Zielerreichung eingeschätzt
- Ein Ziel wurde hinsichtlich seiner Zielerreichung eingeschätzt, jedoch nicht zu Beginn der Behandlung ausgewählt

Tabelle 19 gibt einen Überblick über die Anteile der fehlerhaft ausgefüllten Fragebögen an den insgesamt bearbeiteten Bögen, jeweils bezogen auf die möglichen Fehlerbereiche

Tabelle 19 Häufigkeit der jeweiligen Fehlermöglichkeiten (N=1905)

Fehlermöglichkeiten	N	%
nur ein Zielbereich wurde ausgewählt	16	0.8 ¹
mehr als fünf Zielbereiche wurden ausgewählt	413	21.7 ¹
Ziel wurde ausgewählt, jedoch nicht hinsichtlich Zielerreichung eingeschätzt	1703	7.3 ²
Zielbereich wurde ausgewählt, aber kein konkretes Ziel	128	1.3 ³
Zielbereich wurde nicht ausgewählt, aber konkretes Ziel	274	2.7 ³

Anmerkungen: ¹ bezogen auf 1905 auswertbare Fragebögen; ² bezogen auf 23332 insgesamt gewählte Therapieziele; ³ bezogen auf 10040 insgesamt gewählte Zielbereiche

Als häufigste Fehlerquelle zeigt sich, dass in 21.7% der Fälle von den Therapeuten mehr als fünf Zielbereiche ausgewählt wurden. Als zweithäufigste Fehlerquelle wurde in 7.3% der Fälle zwar ein Ziel ausgewählt, jedoch nicht hinsichtlich der Zielerreichung eingeschätzt.

Im nächsten Schritt soll durch die Analyse der von den Therapeuten formulierten Zusatzziele unter „Sonstiges“ in den einzelnen Zielbereichen Rückschlüsse darauf gezogen werden, ob die Zielbereiche richtig verstanden und verwendet wurden. Insgesamt wählten die Therapeuten in 859 Fällen den Bereich „Sonstiges“ aus. Es wurde jedoch nur in 180 Fällen (9.4%) auch, wie erforderlich, ein entsprechendes Therapieziel formuliert, wovon 150 Ziele innerhalb der Zielbereiche und 30 Ziele innerhalb der Zieldimensionen formuliert wurden. Von den 150 Zielformulierungen innerhalb der Zielbereiche entsprachen 47 der Ziele einem der vorgegebenen Ziele, von den 30 Zielformulierungen auf der Ebene der Zieldimensionen entsprachen elf Ziele einem der vorgegebenen Ziele und wurden daher nicht weiter berücksichtigt. Es blieben letztendlich 122 von den Therapeuten formulierte Zielsetzungen (67.7% aller zusätzlich formulierten Zielen) übrig, wovon 48 nicht dem jeweiligen Zielbereich zuzuordnen waren. Bezogen auf die Anzahl insgesamt gewählter Ziele (23332) ist dies mit 0.2% ein verschwindend geringer Anteil.

7.3.3.2 *Vollständigkeit*

Die Ziele des PPZ-P sollten die tatsächlichen Ziele der Therapeuten möglichst vollständig abdecken. Dieses Kriterium der Vollständigkeit soll durch Analysen der zusätzlich angegebenen Ziele (Art und Häufigkeit dieser Zielsetzungen) überprüft werden.

Wie in Kapitel 7.3.3.1 bereits erläutert, wurden lediglich 122 zusätzliche Ziele von den Therapeuten formuliert, die nicht schon durch ein vorhandenes Ziel abgedeckt waren. Eine Häufung der Nennungen ergab sich lediglich hinsichtlich des Therapieziels „Reduktion des Zwangsverhaltens“, welches bei insgesamt 31 Behandlungsfällen formuliert wurde.

7.3.4 Itemkennwerte (Fragestellung 3)

7.3.4.1 *Item-Schwierigkeit*

Nach Amelang und Zielinski (1997) ist die Item-Schwierigkeit als die relative Häufigkeit definiert, mit der Probanden auf ein bestimmtes Item in Richtung des untersuchten Merkmals antworten. Überträgt man diese Definition auf die Anwendung des PPZ-T, so kann hier unter dem Begriff Item-Schwierigkeit die relative Häufigkeit verstanden werden, mit der die handelnden Therapeuten ein gegebenes Ziel ankreuzen. Da mittlere Itemschwierigkeiten eine hohe Differenzierungsfähigkeit der Items zur Folge haben (Amelang & Zielinski, 1997), bedeutet dies für die einzelnen zur Auswahl stehenden Therapieziele, dass sie weder zu häufig noch zu selten angekreuzt werden sollten. Ein Ziel, welches zu häufig angekreuzt wird, ist

möglicherweise zu allgemein und hat dementsprechend nur geringe differentielle Aussagekraft, wohingegen ein Ziel, welches zu selten ausgewählt wird, möglicherweise zu geringe Relevanz aufweist (Furler, 2001). Die Item-Schwierigkeit wurde somit als relative Häufigkeit berechnet, mit der die zur Auswahl vorgegebenen Therapieziele von den Therapeuten ausgewählt werden.

Die Analysen ergaben, dass die relativen Häufigkeiten zwischen 0.2% (N=4) und 36.3% (N=691) liegen. Als Grenze für eine zu hohe Itemschwierigkeit wurde festgesetzt, wenn in weniger als 5% der Behandlungsfälle das entsprechende Ziel ausgewählt wurde, als Grenze für zu niedrige Itemschwierigkeit, wenn ein Ziel in mehr als 50% der Fälle gewählt wurde (Furler, 2001). Eine detaillierte Übersicht über die Item-Schwierigkeiten aller Items findet sich im Anhang 13.5.1, alle Items mit zu hoher Itemschwierigkeit (Therapieziele, die zu selten ausgewählt wurden) sind entsprechend markiert. Da das Therapieziel mit der geringsten Itemschwierigkeit (Reduktion der depressiven Symptomatik), lediglich in 36.3% aller Behandlungsfälle von den behandelnden Therapeuten gewählt wurde, liegen keine Therapieziele mit zu geringer Itemschwierigkeit vor. Insgesamt wurden 32 der insgesamt 122 möglichen Therapieziele seltener als in 5% der Behandlungsfälle gewählt. Tabelle 20 gibt einen Überblick über die Itemschwierigkeit der fünf häufigsten und seltensten gewählten Zielsetzungen.

Tabelle 20 Itemschwierigkeit der fünf am häufigsten und seltensten gewählten Ziele

Zielsetzungen	Zielbereichszugehörigkeit	N	% ¹
Fünf häufigste Zielsetzungen			
Reduktion der depressiven Symptomatik	Reduktion der spezifischen Symptomatik	691	36.3
Abbau des Rückzugsverhaltens	Reduktion der spezifischen Symptomatik	501	26.3
Steigerung des Selbstwertgefühls / Selbstvertrauens	Entwicklung des Selbst	500	26.2
Verbesserung des Ausdrucks eigener Bedürfnisse und Meinungen	Bearbeitung emotionaler Aspekte	499	26.2
Emotionale Entlastung und Stabilisierung	Bearbeitung emotionaler Aspekte	492	25.8
Fünf seltenste Zielsetzungen			
Verbesserung der Leberwerte	Reduzierung von Risikoverhalten/-Faktoren	4	0.2
Normalisierung der Cholesterinwerte	Reduzierung von Risikoverhalten/-Faktoren	12	0.6
Erlernen von Methoden zur Reduktion von Drogenkonsum	Vermittlung von Methoden zum Abbau von Risikoverhalten	14	0.7
Reduktion d Medikamentenabhängigkeit	Reduzierung von Risikoverhalten/-Faktoren	15	0.8
Verbesserung der Stoffwechselfparameter	Reduzierung von Risikoverhalten/-Faktoren	16	0.8

Anmerkungen: ¹ bezogen auf 1905 auswertbare Fragebögen

7.3.4.2 Iteminterkorrelationen

Geringe bis mittlere Iteminterkorrelationen sind ebenfalls ein zu erfüllendes Gütekriterium des Zielerfassungsbogens, da hohe Iteminterkorrelationen zweier Ziele auf zu große inhaltliche Überschneidungen rückschließen lassen. Dabei sollen sich die Analysen lediglich auf die Überprüfung von Korrelationen von Zielen jeweils derselben Hauptkategorie beziehen. Dies liegt darin begründet, dass für die Überprüfung von Therapiezielitems hohe Korrelationen lediglich innerhalb einer Kategorie im Sinne von möglichen Redundanzen zu deuten sind, hohe Korrelationen von Items verschiedener Hauptkategorien können dagegen inhaltlich sinnvolle Zielkombinationen bei bestimmten Problemkonstellationen sein (Furler, 2001).

Die Korrelationen der sich innerhalb einer Hauptkategorie befindlichen Therapieziele, liegen überwiegend im geringen bis mittleren Bereich. Korrelationen über .6, welche einen starken Zusammenhang implizieren, finden sich zwischen folgenden Zielsetzungen:

- „Verbesserung der Fähigkeit, Kontakte aufzunehmen und aufrechterhalten zu können (Beziehungsfähigkeit)“ - „Verbesserung der Integrationsfähigkeit“ ($r=.62$)
- „Vermittlung eines Erklärungsmodells für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik“ - „Analyse von symptomauslösenden Bedingungen“ ($r=.64$)
- „Vermittlung eines Erklärungsmodells für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik“ - „Analyse von symptomaufrechterhaltenden Bedingungen“ ($r=.62$)
- „Analyse von symptomauslösenden Bedingungen“ – „Analyse von symptomaufrechterhaltenden Bedingungen“ ($r=.84$)

Korrelationen zwischen .5 und .6 finden sich bei insgesamt 16 Items. Im Anhang 13.5.2 sind alle Item-Korrelationen der sich jeweils innerhalb einer Hauptkategorie befindlichen Therapieziele aufgeführt.

7.3.5 Validität des PPZ-T: Zielauswahl zu Beginn der Behandlung

Die in diesem Abschnitt beschriebenen Analysen im Hinblick auf die Zielauswahl der Therapeuten zu Beginn der rehabilitativen Behandlung beabsichtigen insbesondere, Aussagen über verschiedene Einflussfaktoren auf die Auswahl von Therapiezielen treffen zu können. Im Sinne einer Analyse der konvergenten Validität des PPZ-T soll nun geprüft werden, ob verschiedene Gruppen von Patienten, die sich aufgrund soziodemographischer oder klinischer Variablen bilden lassen, sich hinsichtlich der Zieldefinition unterscheiden. Es wird zunächst in Abschnitt 7.3.5.1 geprüft, inwiefern die Auswahl der Therapieziele von der Diagnose der

Patienten abhängig ist, um dann in Abschnitt 7.3.5.2 Zusammenhänge mit den zu Beginn der Behandlung durch standardisierte Fragebögen gemessenen Symptombelastungen und gesundheitsbedingten Funktionseinschränkungen zu analysieren.

Aufgrund der Art und Weise, wie die Therapieziele erhoben wurden, ergeben sich für viele (Unter-) Kategorien zu geringe Fallzahlen, um die beschriebenen Analysen durchführen zu können. Daher wurden die gewählten Therapieziele auf der Ebene der Zielbereiche zusammengefasst. Hierfür wurde die Anzahl der gewählten Therapieziele durch die Anzahl der möglichen Therapieziele geteilt. Dadurch wird ein Score berechnet, der von der Anzahl der einzelnen möglichen Therapieziele innerhalb eines Zielbereichs unabhängig ist. Durch dieses Vorgehen geht die Information, welche konkreten Therapieziele innerhalb eines Zielbereichs gewählt wurden, zwar verloren, es ermöglicht aber gleichzeitig die Durchführung der beabsichtigten Analysen aufgrund der dann ausreichenden Fallzahlen.

7.3.5.1 Therapieziele und Diagnosen (Hypothese 1)

Tabelle 21 gibt einen Überblick über Unterschiede hinsichtlich der Therapiezielformulierungen zwischen den fünf am häufigsten besetzten Diagnosebereichen und der Referenzgruppe. Insgesamt ergaben sich bei 16 der 21 Zielbereiche signifikante Verbesserungen für das Modell, wovon zehn eine $OR > 1$ aufweisen. Um die Abbildung übersichtlich darstellen zu können, wurde in zwei Fällen, in denen die OR außerhalb der gewählten Skalierung von eins bis vier lag, dies durch einen Dreifach-Balken gekennzeichnet. Das Modell weist insgesamt gute Passungsgütekriterien auf.

Tabelle 21 Adjusted Odds Ratios (OR): unabhängige Variable: 21 Zielbereiche, abhängige Variable: fünf Hauptdiagnosegruppen, Referenzgruppe: sonstige Hauptdiagnosen $N_{\text{Diagnosen}}=1587$; $N_{\text{Referenz}}=318$

	Depressive Störungen (N=723)		Angststörungen (N=173)		Anpassungs- u. Belastungsstörungen (N=295)		Somatoforme Störungen (N=110)		Essstörungen (N=286)		
	p ^a	OR ^b (95% CI ^c)	p ^a	OR ^b (95% CI ^c)	p ^a	OR ^b (95% CI ^c)	p ^a	OR ^b (95% CI ^c)	p ^a	OR ^b (95% CI ^c)	
Symptomreduktion	.00	19.93 (6.52-60.98)	.00	69.36 (16.1-298.77)	.06	3.66 (0.95-14.15)	.19	3.43 (0.54-21.8)	.00	31.85 (8.53-118.96)	
Emotionale Aspekte	.93	0.96 (0.39-2.35)	.06	0.27 (0.07-1.05)	.78	0.85 (0.28-2.58)	.00	0.04 (0.01-0.3)	.12	2.27 (0.81-6.39)	
Kognitive Aspekte	.11	0.38 (0.11-1.25)	.16	2.82 (0.66-12.07)	.42	0.55 (0.13-2.33)	.19	0.23 (0.03-2.08)	.02	0.11 (0.02-0.7)	
Soziale Kompetenz	.04	0.51 (0.27-0.97)	.58	0.78 (0.31-1.92)	.00	0.21 (0.09-0.5)	.00	0.03 (0.01-0.14)	.00	3.15 (1.53-6.47)	
Realität	.30	0.59 (0.22-1.6)	.23	0.43 (0.11-1.74)	.14	0.40 (0.12-1.35)	.06	3.79 (0.96-14.89)	.21	2.05 (0.67-6.25)	
Biographie	.02	3.41 (1.18-9.87)	.98	0.98 (0.2-4.88)	.01	4.87 (1.43-16.62)	.97	1.03 (0.14-7.73)	.01	5.56 (1.61-19.18)	
Motivation	.00	0.16 (0.06-0.45)	.00	0.09 (0.02-0.45)	.09	0.36 (0.11-1.18)	.79	0.82 (0.19-3.59)	.03	0.24 (0.07-0.85)	
Leistungsfähigkeit	.00	0.11 (0.03-0.35)	.26	0.41 (0.09-1.94)	.83	0.87 (0.25-3.07)	.29	0.38 (0.06-2.28)	.15	0.35 (0.08-1.48)	
vegetative Beschwerden	.17	2.91 (0.64-13.18)	.14	4.21 (0.61-29.07)	.82	0.81 (0.12-5.26)	.01	15.01 (1.89-119.39)	.01	0.00 (0.00-0.20)	
Schmerzen	.10	2.75 (0.81-9.33)	.46	0.50 (0.08-3.12)	.51	1.64 (0.38-6.96)	.00	18.8 (3.77-93.77)	.00	0.00 (0.00-0.03)	
Risikofaktoren	.00	0.02 (0.00-0.14)	.01	0.00 (0.00-0.21)	.01	0.02 (0.00-0.35)	.18	0.07 (0.00-3.44)	.01	32.31 (2.62-398.76)	
Information	.80	1.14 (0.42-3.09)	.00	5.68 (1.78-18.07)	.96	1.03 (0.31-3.42)	.00	9.73 (2.62-36.06)	.00	5.36 (1.8-15.96)	
Gesundheitsverhalten	.47	2.25 (0.25-20.39)	.68	0.51 (0.02-13.35)	.17	5.36 (0.5-57.84)	.85	0.76 (0.04-14.36)	.00	110.36 (7.54-1614.2)	
Stressbewältigung	.40	1.48 (0.6-3.66)	.01	4.89 (1.6-14.94)	.00	4.76 (1.77-12.77)	.12	2.78 (0.76-10.21)	.01	0.16 (0.04-0.68)	
Arbeitsfähigkeit	.67	1.31 (0.38-4.59)	.24	0.32 (0.05-2.16)	.51	1.63 (0.38-7.06)	.47	0.44 (0.05-3.94)	.00	0.00 (0.00-0.01)	
Zukunftsperspektiven	.69	1.18 (0.53-2.6)	.16	0.39 (0.11-1.43)	.44	0.68 (0.25-1.82)	.05	0.18 (0.03-1.02)	.08	0.37 (0.12-1.13)	
Model Fitting Information:			-2 Log Likelihood: 5326.4; Chi-Square: 627.0; df: 80; p=.00								
Goodness-of-Fit (Pearson):			Chi-Square: 8245.3; df: 8540 p=.98								
Pseudo R-Square:			Nagelkerke: .29								

Anmerkungen: ^a Signifikanztest: Wald-Statistik; ^b adjusted Odds Ratio; ^c 95% Konfidenzintervall; Fett: Erhöhung der Chance der Gruppenzugehörigkeit

Tabelle 21 zeigt, dass in der Behandlung von Patienten mit **Depressiven Störungen** besonders häufig Ziele aus den Zielbereichen „Reduktion der spezifischen Symptomatik“ und „Bearbeitung biographisch relevanter Ereignisse“ verfolgt wurden. Bei der Behandlung von Patienten mit **Angststörungen** wurden häufiger Ziele in den Hauptkategorien „Reduktion der spezifischen Symptomatik“, „Vermittlung von Information über die Erkrankung“ und „Verbesserung der Stressbewältigung“ formuliert. Für Patienten mit **Anpassungs- und Belas-**

tungsstörungen wurden vermehrt Ziele in den Zielbereichen „Bearbeitung biographisch relevanter Ereignisse“ und „Verbesserung der Stressbewältigung“ formuliert. Bei Patienten mit **Somatoformen Störungen** wurden die Zielbereiche „Linderung von Schmerzen“, „Linderung vegetativer Beschwerden“ und „Vermittlung von Informationen über die Erkrankung“ besonders häufig gewählt. Bezüglich der Behandlungsziele von Patienten, die an **Essstörungen** leiden, zeigten sich in den Zielbereichen „Reduktion der spezifischen Symptomatik“, „Förderung der sozialen Kompetenzen“, „Bearbeitung biographisch relevanter Ereignisse“, „Reduzierung von Risikoverhalten/Faktoren“, „Vermittlung von Informationen über die Erkrankung“ und „Förderung des Gesundheitsverhaltens“ erhöhte OR.

7.3.5.2 Therapieziele und Symptombelastung / Funktionseinschränkungen (Hypothese 2)

Um nicht nur die therapeutenseitige Zielauswahl mit ebenfalls therapeutenseitigen diagnostischen Einschätzungen zu vergleichen, wird im Folgenden die fremdeingeschätzte Zielauswahl mit selbsteingeschätzten Symptombelastungen und funktionellen Einschränkungen verglichen.

Die Patienten wurden hinsichtlich ihrer Symptombelastungen und funktionellen Einschränkungen mittels Cut-off-Scores in jeweils zwei Gruppen getrennt. Die Cut-off-Scores wurden entsprechend dem Vorgehen nach Jacobson et al. (1984) über die Verteilungsmuster bei Patienten und Gesunden berechnet. Hierbei wurden jeweils große klinische Stichproben von stationären Psychotherapiepatienten und bevölkerungsrepräsentative Stichproben aus anderen Studien zugrunde gelegt. Die Berechnung der Cut-off-Scores erfolgte nach folgender Formel:

$$c = ((SD_{\text{klin}} * M_{\text{ges}}) + (SD_{\text{ges}} * M_{\text{klin}}) / (SD_{\text{klin}} + SD_{\text{ges}}))$$

Der Cut-off-Score beschreibt dabei den Schnittpunkt der Verteilungen der gesunden und der klinischen Stichproben, und beruht damit auf der relativen Wahrscheinlichkeit der Zugehörigkeit zu gesunden bzw. der klinischen Population.

Für die Maße der psychopathologischen Symptombelastung wurden dabei zu Erhöhung der Spezifität des Cut-off-Scores klinische Stichproben von stationären Psychotherapiepatienten mit einer spezifischen psychischen Störung zugrunde gelegt. Das heißt bei der Skala Depressivität wurde der Wert bestimmt, der am besten zwischen Gesunden und Patienten mit einer depressiven Störung (F32-F33, F34.1) zu trennen vermag. Entsprechend wurden bei der Skala

„Somatisierung“ der SCL-14 Patienten mit einer somatoformen Störung (F45) und bei der Skala „Phobische Angst“ Patienten mit einer Angststörung (F40-F41) an klinische Stichproben herangezogen. Aufgrund der fehlenden Diagnosespezifität der Skala „Selbstunsicherheit“ des IIP und der Skala „Psychisch bedingte Funktionseinschränkung“ des SF-8 wurde hier die gesamte Gruppe der stationären Psychotherapiepatienten als klinische Referenzgruppe gewählt.

Depressivität (ADS-K)

Tabelle 22 gibt einen Überblick über Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit von Therapiezielformulierungen zwischen Patienten, welche im Bereich der depressiven Symptomatik klinisch auffällig sind und Patienten, die in diesem Bereich eher niedrig belastet sind. Insgesamt ergaben sich bei 6 der 21 Zielbereiche signifikante Verbesserungen für das Modell. Das Modell weist zum Teil befriedigende bis gute Passungsgütekriterien auf (Model Fitting Information, Goodness-of-Fit), es zeigt sich jedoch nur ein geringer Pseudo-R-Square Koeffizient, welcher lediglich 4% Varianz der Gruppenzugehörigkeits-Wahrscheinlichkeit erklärt.

Tabelle 22 Adjusted Odds Ratios (OR): unabhängige Variable: 21 Zielbereiche, abhängige Variable: Depressivität ja ($m > 17.05$, $N = 1205$), Depressivität nein ($m \leq 17.05$, $N = 593$)

	Depressivität hoch ($m > 17.05$, $N = 1205$)		Depressivität gering ($m \leq 17.05$, $N = 593$)	
	p^a	OR ^b (95% CI ^c)	p^a	OR ^b (95% CI ^c)
Symptomreduktion	.00	7.62 (3.56-16.33)	.00	0.13 (0.06-0.28)
Leistungsfähigkeit	.01	0.32 (0.14-0.74)	.01	3.08 (1.35-7.05)
Schmerzen	.01	0.36 (0.16-0.8)	.01	2.81 (1.25-6.3)
Informationsvermittlung	.01	0.43 (0.24-0.78)	.01	2.32 (1.28-4.23)
Arbeitsfähigkeit	.04	2.94 (1.04-8.33)	.04	0.34 (0.12-0.97)
Zukunftsperspektiven	.01	2.28 (1.19-4.38)	.01	0.44 (0.23-0.84)
Model Fitting Information: -2 Log Likelihood: 846.2; Chi-Square: 55.1; df: 6; $p = .00$ Goodness-of-Fit (Pearson): Chi-Square: 515.6; df: 474 $p = .09$ Pseudo R-Square: Nagelkerke: .04				

Anmerkungen: ^a Signifikanztest: Wald-Statistik; ^b adjusted Odds Ratio; ^c 95% Konfidenzintervall; Fett: Erhöhung der Chance der Gruppenzugehörigkeit

Tabelle 22 zeigt, dass in der Behandlung von Patienten mit einer hohen Symptombelastung ($ADS-K > 17.05$) im depressiven Bereich häufiger Ziele aus den Zielbereichen „Reduktion der spezifischen Symptomatik“, „Wiederherstellung/Erhalt der Arbeitsfähigkeit“ und „Erarbeitung von Zukunftsperspektiven“ verfolgt werden. Im Gegensatz dazu zeigen sich bei Patienten

ten, die eine geringe Symptombelastung im depressiven Bereich aufweisen ($ADS-K \leq 17.05$) signifikant höhere OR in den Bereichen „Verbesserung der Leistungsfähigkeit“, „Linderung von Schmerzen“ und „Vermittlung von Informationen über die Erkrankung“.

Phobische Angst (SCL-14)

Tabelle 23 gibt einen Überblick über Unterschiede hinsichtlich der Therapiezielformulierungen zwischen Patienten, die auf der Skala „phobische Angst“ der SCL-14 höhere Werte aufweisen und Patienten, deren Belastung in diesem Bereich gering ist. Insgesamt ergaben sich bei drei der 21 Zielbereiche signifikante Verbesserungen für das Modell. Das Modell weist zum Teil befriedigende bis gute Passungsgütekriterien auf (Model Fitting Information, Goodness-of-Fit), es zeigt sich jedoch nur ein geringer Pseudo-R-Square Koeffizient, welcher lediglich 8% Varianz der Gruppenzugehörigkeits-Wahrscheinlichkeit erklärt.

Tabelle 23 Adjusted Odds Ratios (OR): unabhängige Variable: 21 Zielbereiche, abhängige Variable: phobische Angst ja ($m > 0.41$, $N=710$), phobische Angst nein ($m \leq 0.41$, $N=1066$)

	phobische Angst hoch ($m > 0.41$, $N=710$)		phobische Angst gering ($m \leq 0.41$, $N=1066$)	
	p^a	OR ^b (95% CI ^c)	p^a	OR ^b (95% CI ^c)
Symptomreduktion	.00	5.81 (2.97-11.35)	.00	0.17 (0.09-0.34)
Arbeitsfähigkeit	.01	3.21 (1.31-7.9)	.01	0.31 (0.13-0.76)
interpersonelle Probleme	.04	0.49 (0.25-0.96)	.04	2.04 (1.04-4.02)
Model Fitting Information: -2 Log Likelihood: 296.8; Chi-Square: 39.8; df: 3; $p=.00$				
Goodness-of-Fit (Pearson): Chi-Square: 94.8; df: 118 $p=.94$				
Pseudo R-Square: Nagelkerke: .08				

Anmerkungen: ^a Signifikanztest: Wald-Statistik; ^b adjusted Odds Ratio; ^c 95% Konfidenzintervall; Fett: Erhöhung der Chance der Gruppenzugehörigkeit

Tabelle 23 zeigt, dass in der Behandlung von Patienten mit einer hohen Symptombelastung ($m > 0.41$) auf der Skala „phobische Angst“ der SCL-14 von den Therapeuten häufiger Ziele aus den Zielbereichen „Reduktion der spezifischen Symptomatik“ und „Wiederherstellung/Erhalt der Arbeitsfähigkeit“ verfolgt werden. Im Gegensatz dazu zeigen sich bei Patienten, die eine geringe Symptombelastung im Bereich „phobischer Angst“ aufweisen ($m \leq 0.41$) signifikant höhere OR in dem Zielbereich „Bearbeitung von interpersonellen Problemen“.

Somatisierung (SCL-14)

Tabelle 24 zeigt die Unterschiede hinsichtlich der Therapiezielformulierungen zwischen Patienten, die auf der Skala „Somatisierung“ der SCL-14 höhere Werte aufweisen und Patien-

ten, deren Belastung in diesen Bereich geringer ist. Es ergaben sich bei fünf der 21 Zielbereiche signifikante Verbesserungen für das Modell. Das Modell weist zum Teil gute Passungsgütekriterien auf (Model Fitting Information, Goodness-of-Fit), es zeigt sich jedoch ein nur geringer Pseudo-R-Square Koeffizient, welcher lediglich 9% Varianz der Gruppenzugehörigkeits-Wahrscheinlichkeit erklärt.

Tabelle 24 Adjusted Odds Ratios (OR): unabhängige Variable: 21 Zielbereiche, abhängige Variable: Somatisierung hoch ($m \leq 0.92$, $N=973$), Somatisierung gering ($m > 0.92$, $N=803$)

	Somatisierung hoch ($m > 0.92$, $N=803$)		Somatisierung gering ($m \leq 0.92$, $N=973$)	
	p^a	OR ^b (95% CI ^c)	p^a	OR ^b (95% CI ^c)
Symptomreduktion	.00	3.11 (1.55-6.24)	.00	0.32 (0.16-0.65)
Entwicklung des Selbst	.01	0.51 (0.31-0.83)	.01	1.98 (1.2-3.25)
körperliche Leistungsfähigkeit	.04	2.39 (1.03-5.54)	.04	0.42 (0.18-0.97)
Linderung von Schmerzen	.00	7.32 (2.98-17.97)	.00	0.14 (0.06-0.34)
interpersonelle Probleme	.00	0.29 (0.15-0.57)	.00	3.43 (1.75-6.69)
Model Fitting Information: -2 Log Likelihood: 296.8; Chi-Square: 39.8; df: 3; $p=.00$ Goodness-of-Fit (Pearson): Chi-Square: 94.8; df: 118 $p=.94$ Pseudo R-Square: Nagelkerke: .09				

Anmerkungen: ^a Signifikanztest: Wald-Statistik; ^b adjusted Odds Ratio; ^c 95% Konfidenzintervall; Fett: Erhöhung der Chance der Gruppenzugehörigkeit

Tabelle 24 zeigt, dass in der Behandlung von klinisch auffälligen Patienten ($m > 0.92$) auf der Skala „Somatisierung“ der SCL-14 von den Therapeuten häufiger Ziele aus den Zielbereichen „Reduktion der spezifischen Symptomatik“, „Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit“ und „Linderung von Schmerzen“ verfolgt werden. Im Gegensatz dazu zeigen sich bei Patienten, die eine geringe Symptombelastung auf der Skala „Somatisierung“ aufweisen ($m \leq 0.92$) signifikant höhere OR in den Zielbereichen „Entwicklung des Selbst“ sowie „Bearbeitung von interpersonellen Problemen“.

Selbstunsicher (IIP-D)

Tabelle 25 gibt einen Überblick über Unterschiede hinsichtlich der Therapiezielformulierungen zwischen Patienten, die auf der Skala „selbstunsicher“ des IIP-D höhere Werte aufweisen und Patienten, deren Belastung in diesem Bereich eher niedrig ist. Insgesamt ergaben sich bei vier der 21 Zielbereiche signifikante Verbesserungen für das Modell. Das Modell weist zum Teil befriedigende bis gute Passungsgütekriterien auf (Model Fitting Information, Goodness-

of-Fit), es zeigt sich jedoch nur ein geringer Pseudo-R-Square Koeffizient (Nagelkerke), welcher lediglich 11% Varianz der Gruppenzugehörigkeits-Wahrscheinlichkeit erklärt.

Tabelle 25 Adjusted Odds Ratios (OR): unabhängige Variable: 21 Zielbereiche, abhängige Variable: Selbstunsicherheit hoch ($m > 1.79$, $N=1229$), Selbstunsicherheit gering ($m \leq 1.79$, $N=567$)

	Selbstunsicherheit hoch ($m > 1.79$, $N=1229$)		Selbstunsicherheit gering ($m \leq 1.79$, $N=567$)	
	p^a	OR ^b (95% CI ^c)	p^a	OR ^b (95% CI ^c)
soziale Kompetenz	.00	3.10 (1.86-5.18)	.00	0.32 (0.19-0.54)
Entwicklung des Selbst	.02	2.02 (1.12-3.63)	.02	0.5 (0.28-0.89)
Behandlungsmotivation	.01	0.38 (0.18-0.79)	.01	2.66 (1.26-5.61)
Abbau von Risikoverhalten	.03	25.21 (1.41-451.21)	.03	0.04 (0-0.71)
Model Fitting Information: -2 Log Likelihood: 405.7; Chi-Square: 45.6; df: 4; $p=.00$ Goodness-of-Fit (Pearson): Chi-Square: 221.0; df: 192 $p=.07$ Pseudo R-Square: Nagelkerke: .11				

Anmerkungen: ^a Signifikanztest: Wald-Statistik; ^b adjusted Odds Ratio; ^c 95% Konfidenzintervall; Fett: Erhöhung der Chance der Gruppenzugehörigkeit

Tabelle 25 zeigt, dass in der Behandlung von klinisch auffälligen Patienten ($m > 1.79$) auf der Skala „selbstunsicher“ des IIP-25 von den Therapeuten häufiger Ziele aus den Zielbereichen „Förderung der sozialen Kompetenz“ und „Entwicklung des Selbst“ verfolgt werden. Zudem zeigt sich eine stark erhöhte OR für den Zielbereich „Vermittlung von Techniken zum Abbau von Risikoverhalten“, die jedoch aufgrund der sehr geringen Fallzahl ($N=8$) als Zufallsbefund interpretiert werden kann. Im Gegensatz dazu zeigen sich bei klinisch nicht auffälligen Patienten ($m \leq 1.79$) signifikant höhere OR in dem Zielbereich „Entwicklung einer adäquaten Behandlungsmotivation“.

Psychische Summenskala des SF-8

Tabelle 26 gibt einen Überblick über Unterschiede hinsichtlich der Therapiezielformulierungen zwischen Patienten, die auf der Psychischen Summenskala des SF-8 höhere Werte aufweisen und Patienten, deren Belastung in diesem Bereich eher gering ist. Insgesamt ergaben sich bei acht der 21 Zielbereiche signifikante Verbesserungen für das Modell. Das Modell weist zum Teil befriedigende bis gute Passungsgütekriterien auf (Model Fitting Information, Goodness-of-Fit), es zeigt sich jedoch nur ein geringer Pseudo-R-Square Koeffizient (Nagelkerke), welcher lediglich 8% Varianz der Gruppenzugehörigkeits-Wahrscheinlichkeit erklärt.

Tabelle 26 Adjusted Odds Ratios (OR): unabhängige Variable: 21 Zielbereiche, abhängige Variable: psychische Belastung hoch ($m > 1.85$, $N=1241$), psychische Belastung gering ($m \leq 1.85$, $N=569$)

	psychisch bedingte Funktions- einschränkung hoch ($m > 1.85$, $N=1241$)		psychisch bedingte Funktions- einschränkung gering ($m \leq 1.85$, $N=569$)	
	p ^a	OR ^b (95% CI ^c)	p ^a	OR ^b (95% CI ^c)
Symptomreduktion	.00	13.32 (5.96-29.77)	.00	0.08 (0.03-0.17)
Akzeptierung der Realität	.00	3.94 (1.78-8.73)	.00	0.25 (0.11-0.56)
Behandlungsmotivation	.01	0.36 (0.17-0.79)	.01	2.74 (1.26-5.97)
körperliche Leistungsfähigkeit	.00	0.28 (0.12-0.66)	.00	3.58 (1.52-8.46)
Stressbewältigung	.01	0.46 (0.25-0.85)	.01	2.19 (1.18-4.08)
Arbeitsfähigkeit	.00	6.73 (2.11-21.47)	.00	0.15 (0.05-0.47)
Alltagsbewältigung	.01	0.24 (0.08-0.72)	.01	4.21 (1.39-12.81)
Zukunftsperspektiven	.00	4.54 (2.22-9.28)	.00	0.22 (0.11-0.45)
Model Fitting Information: -2 Log Likelihood: 980.5; Chi-Square: 104.6; df: 8; p=.00				
Goodness-of-Fit (Pearson): Chi-Square: 648.9; df: 838 p=.37				
Pseudo R-Square: Nagelkerke: .08				

Anmerkungen: ^a Signifikanztest: Wald-Statistik; ^b adjusted Odds Ratio; ^c 95% Konfidenzintervall; Fett: Erhöhung der Chance der Gruppenzugehörigkeit

Tabelle 26 zeigt, dass in der Behandlung von Patienten mit einer hohen Belastung ($m > 1.85$) auf der psychischen Summenskala des SF-8 von den Therapeuten häufiger Ziele aus den Zielbereichen „Reduktion der spezifischen Symptomatik“, „Akzeptierung der Realität“, „Wiederherstellung/Erhalt der Arbeitsfähigkeit“ und „Erarbeitung von Zukunftsperspektiven“ angegeben werden. Im Gegensatz dazu zeigen sich bei Patienten, die eine geringe Belastung auf der psychischen Summenskala des SF-8 aufweisen ($m \leq 1.85$) signifikant erhöhte OR in den Zielbereichen „Entwicklung einer adäquaten Behandlungsmotivation“, „Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit“, „Verbesserung der Stressbewältigung“ und „Verbesserung der Alltagsbewältigung“.

7.3.6 Validität des PPZ-T: Zielerreichung am Ende der Behandlung

Die in den nächsten Abschnitten durchgeführten Auswertungen beziehen sich auf die Zielerreichung der zu Beginn der rehabilitativen Behandlung ausgewählten Therapieziele, welche von den behandelnden Therapeuten am Ende der Reha-Maßnahme eingeschätzt wird. Aufgrund der Vorgehensweise bei der Auswahl der Therapieziele und der Einschätzung der Zielerreichung erscheint eine Auswertung der Zielerreichung auf der differenzierten Ebene der Unterziele wegen der geringen Fallzahlen nicht sinnvoll. Daher wird im Folgenden zu-

nächst ein Weg der Datenaggregation beschrieben, welcher die Nutzung der Daten für weitere Analysen erleichtert, um dann in einem weiteren Schritt deskriptive Aussagen bezüglich der Zielerreichung auf der Ebene der Zielbereiche und der Gesamtzielerreichung treffen zu können.

Darüber hinaus sollen weitere Analysen insbesondere hinsichtlich möglicher Einflussfaktoren auf die Einschätzung der Zielerreichung und Zusammenhänge mit anderen, standardisierten Outcomemaßen durchgeführt werden.

7.3.6.1 Bestimmung der Zielerreichungsscores

Es wurden drei Arten von Zielerreichungsscores berechnet: Zunächst wird auf der Ebene der Zielbereiche ein Score berechnet, um so den inhaltlichen Gruppierungen des entwickelten Fragebogens Rechnung zu tragen und Vergleiche zwischen den einzelnen Zielbereichen zu ermöglichen. Je Zielbereich wird ein gewichteter Mittelwert aus den ausgewählten Zielerreichungseinschätzungen gebildet. Das Zielbereichsscore ist somit von der Anzahl der pro Bereich ausgewählten Ziele unabhängig, wodurch es möglich wird, sinnvoll zwischen den einzelnen Zielbereichen zu vergleichen. Der niedrigst mögliche Zielerreichungsscore ist somit 1, der höchste Wert ist 5. Aufbauend auf den 21 Zielbereichserreichungsscores wird zusätzlich ein Zieldimensionserreichungs- wie auch ein Gesamtzielerreichungsscore gebildet. Hierfür wird im Falle des Zieldimensionserreichungsscores ein Mittelwert über die jeweils in den Dimensionen befindlichen Zielbereiche berechnet, im Falle des Gesamtzielerreichungsscores ein Mittelwert über alle Zielbereichsscores gebildet.

7.3.6.2 Unterschiede in der Erreichbarkeit von Therapiezielen (Hypothese 3)

In Tabelle 27 ist die Zielerreichung auf der Ebene der Zieldimensionen und die Gesamtzielerreichung dargestellt.

Tabelle 27 Zielerreichung auf der Ebene der Zieldimensionen

Zieldimension	Anzahl	Mittelwert Zielerreichung	SD
psychosozial	1886	3.35	0.61
somatisch	872	3.47	0.87
edukativ	792	3.78	0.76
Aktivität/Partizipation	973	3.45	0.77
Gesamtzielerreichung	1905	3.42	0.58

Es zeigt sich, dass Ziele innerhalb der psychosozialen Zieldimension am schwersten zu erreichen sind ($M=3.35$; $SD=0.61$), wohingegen Ziele innerhalb der edukativen Zieldimension am ehesten von den Therapeuten als erreicht eingeschätzt werden ($M=3.78$; $SD=0.76$). Die Gesamtzieelerreichung liegt bei einem Mittelwert von 3.42 ($SD=0.58$). Die Ergebnisse der univariaten Varianzanalyse zeigen, dass sich die Zielerreichungseinschätzungen auf der Ebene der Zieldimensionen signifikant ($F=32.8$; $df=3$; $p=.00$) mit mittlerer Effektstärke ($f=0.24$) voneinander unterscheiden.

In der folgenden Abbildung 15 wird ein Überblick über die Zielerreichung in den 21 Zielbereichen für die therapeutenseitige Zielerreichung gegeben.

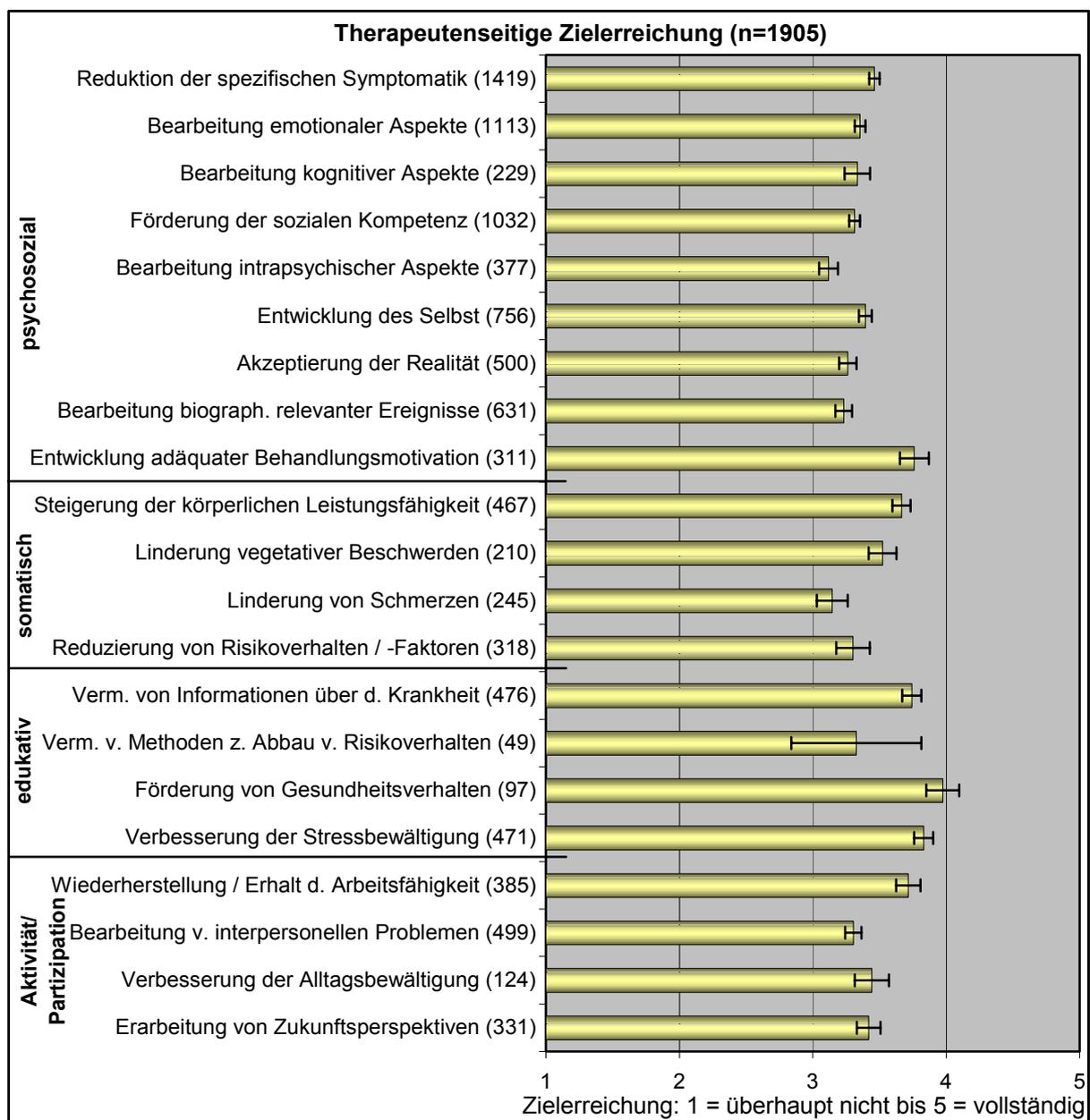


Abbildung 15 Therapeutenseitige Zielerreichung, Anzahl ausgewählter Ziele und 95% CI

In Abbildung 16 wird ebenfalls die therapeutenseitige Zielerreichung dargestellt, jedoch sortiert nach dem Ausmaß der Zielerreichung.

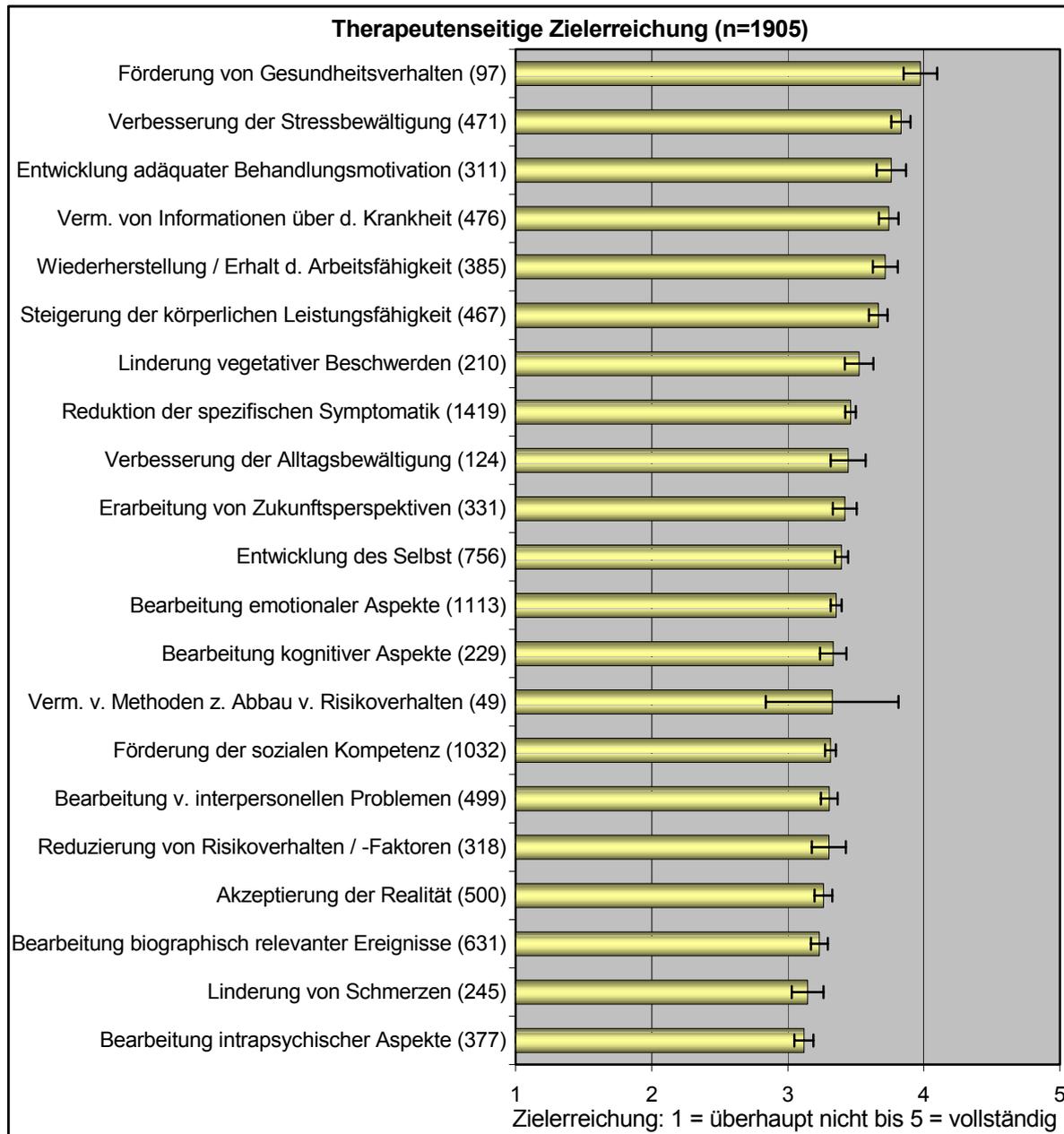


Abbildung 16 Therapeutenseitige Zielerreichung, Anzahl ausgewählter Ziele und 95% CI

Am leichtesten werden Ziele innerhalb der Zielbereiche „Vermittlung von Techniken zur Förderung von Gesundheitsverhalten“ ($M=4.0$; $SD=0.61$), „Verbesserung der Stressbewältigung“ ($M=3.8$; $SD=0.78$) und „Entwicklung einer adäquaten Behandlungsmotivation“ ($M=3.8$; $SD=0.97$) erreicht. Am wenigsten erfolgreich werden Therapieziele erreicht, die sich innerhalb der Zielbereiche „Bearbeitung intrapsychischer Aspekte“ ($M=3.1$; $SD=0.70$), Linderung von Schmerzen ($M=3.1$; $SD=0.92$) und „Bearbeiten biographisch relevanter Ereignis-

se“ ($M=3.2$, $SD=0.79$) befinden. Hier resultiert die Varianzanalyse in $F=32.8$ mit $df=3$ und $p=.00$. Damit unterscheiden sich hier die Kategorien signifikant mit großer Effektstärke ($f=0.85$).

Im Folgenden wird auf der Ebene der konkreten Zielsetzungen die jeweilige Zielerreichung deskriptiv ausgewertet. Um jedoch die Darstellung in einem überschaubarem Rahmen zu halten, werden hier lediglich die jeweils fünf am leichtesten bzw. schwersten erreichbaren Zielsetzungen betrachtet. Eine detaillierte Darstellung der Zielerreichung aller therapeutenseitig eingeschätzten Therapieziele findet sich im Anhang 13.5.4.

In den folgenden Tabellen finden sich je eine Auflistung der fünf Therapieziele mit den höchsten und niedrigsten Zielerreichungsscores.

Tabelle 28 Konkrete Zielsetzungen mit den höchsten Zielerreichungen

Therapieziel	Dimension	Zielbereich	Zielerreichung		
			N	M	SD
Psychische Stabilisierung / Erholung / Ruhe	psychosozial	Sonstige	290	4.00	0.77
Motivierung für ambulante Psychotherapie	psychosozial	Entwicklung einer adäquaten Behandlungsmotivation	145	3.92	1.00
Erlernen eines Entspannungsverfahrens	edukativ	Verbesserung der Stressbewältigung	434	3.90	0.83
Vermittlung eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses	edukativ	Vermittlung von Informationen über die Erkrankung	150	3.89	0.74
Analyse von symptomaufrechterhaltenden Bedingungen	edukativ	Vermittlung von Informationen über die Erkrankung	172	3.89	0.75

Tabelle 28 zeigt, dass auf der konkretesten Ebene der Therapiezielformulierungen Ziele wie „Psychische Stabilisierung / Erholung / Ruhe“ ($M=4.0$; $SD=0.77$), „Motivierung für ambulante Psychotherapie“ ($M=3.92$; $SD=1.00$) und „Erlernen eines Entspannungsverfahrens“ ($M=3.90$; $SD=0.83$) von den Therapeuten eingeschätzt werden.

Tabelle 29 Konkrete Zielsetzungen mit den niedrigsten Zielerreichungen

Therapieziel	Dimension	Zielbereich	Zielerreichung		
			N	M	SD
Verbesserung der Schmerzbewältigung	somatisch	Linderung von Schmerzen	127	2.92	1.00
Bearbeitung des zugrundeliegenden intrapsychischen Konflikts (z.B. Autonomie-Abhängigkeitskonflikt)	psychosozial	Bearbeitung intrapsychischer Aspekte	163	2.99	0.80
Bearbeitung traumatischer Lebensereignisse	psychosozial	Bearbeitung biographisch relevanter Ereignisse	173	3.05	0.82
Förderung der Unabhängigkeit in Beziehungen	psychosozial	Förderung der sozialen Kompetenz	313	3.07	0.71
Verbesserung der Konflikttoleranz	psychosozial	Bearbeitung intrapsychischer Aspekte	104	3.09	0.77

Aus Tabelle 29 ist ersichtlich, dass Zielsetzungen wie „Verbesserung der Schmerzbewältigung“ ($M=2.92$; $SD=1.00$), „Bearbeitung des zugrundeliegenden intrapsychischen Konflikts (z.B. Autonomie – Abhängigkeitskonflikt)“ ($M=2.99$; $SD=0.80$) und „Bearbeitung traumatischer Lebensereignisse“ ($M=3.05$; $SD=0.82$) von den Therapeuten am Ende der stationären Behandlung am niedrigsten hinsichtlich ihrer Zielerreichung eingeschätzt werden.

Hypothese 3 kann somit bestätigt werden.

7.3.6.3 Zielerreichung und Anzahl der Therapieziele (Hypothese 4)

Um die Hypothese zu prüfen, ob die Anzahl der von den Therapeuten formulierten Therapieziele in einer negativen Beziehung zur Zielerreichung steht (Hypothese 4), werden die Produkt-Moment-Korrelationen zwischen der Zahl der gewählten Unterkategorien und der innerhalb der entsprechenden Unterkategorien geschätzten Zielerreichung berechnet. Tabelle 30 zeigt die entsprechenden Werte.

Tabelle 30 Korrelation (r) zwischen der Anzahl eingeschätzter Unterkategorien und der Zielerreichung

	Anzahl der Unterkategorien			Zielerreichung		Korrelation	
	N	M	SD	M	SD	r	p
psychosoziale Zieldimension							
Reduktion der spezifischen Symptomatik	1419	2.2	2.2	3.5	0.75	.05	.04
Bearbeitung emotionaler Aspekte	1113	1.9	2.4	3.4	0.68	.04	.23
Bearbeitung kognitiver Aspekte	229	0.2	0.5	3.3	0.74	-.02	.78
Förderung der sozialen Kompetenz	1032	1.9	2.5	3.3	0.66	.01	.77
Bearbeitung intrapsychischer Aspekte	377	0.3	0.7	3.1	0.70	.06	.29
Entwicklung des Selbst	756	1.0	1.7	3.4	0.67	.03	.50
Akzeptierung der Realität	500	0.5	1.0	3.3	0.74	.01	.84
Bearbeiten biographisch relevanter Ereignisse	631	0.5	0.9	3.2	0.79	-.07	.09
Entwicklung einer adäquaten Behandlungsmotivation	311	0.3	0.9	3.8	0.97	-.06	.29
somatische Zieldimension							
Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit	467	0.4	0.9	3.7	0.75	-.06	.19
Linderung vegetativer Beschwerden	210	0.1	0.4	3.5	0.77	.10	.14
Linderung von Schmerzen	245	0.2	0.6	3.1	0.92	-.03	.69
Reduzierung von Risikoverhalten/-Faktoren	318	0.3	0.7	3.3	1.14	-.04	.51
edukative Zieldimension							
Vermittlung von Informationen über die Krankheit	476	0.6	1.2	3.7	0.80	.08	.08
Vermittlung von Methoden zum Abbau von Risikoverhalten	49	0.03	0.2	3.3	0.86	.08	.60
Vermittlung von Techniken zur Förderung von Gesundheitsverhalten	97	0.1	0.3	4.0	0.61	-.09	.39
Verbesserung der Stressbewältigung	471	0.4	0.7	3.8	0.78	-.03	.47
Zieldimension Aktivität / Partizipation							
Wiederherstellung/Erhalt der Arbeitsfähigkeit	385	0.3	0.8	3.7	0.92	-.02	.66
Bearbeitung von Problemen im interpersonellen Bereich	499	0.4	0.7	3.3	0.69	.03	.52
Verbesserung der Alltagsbewältigung	124	0.1	0.3	3.4	0.72	-.20	.03
Erarbeitung von Zukunftsperspektiven	331	0.2	0.5	3.4	0.81	.07	.23
Gesamt	1905	12.2	8.1	3.42	0.58	.05	.03

Entgegen den Erwartungen gibt es in lediglich einem der 21 Zielbereiche („Verbesserung der Alltagsbewältigung“) eine signifikant negative Korrelation ($r=-.20$, $p=.03$). Auch für die Gesamtzielerreichung lässt sich kein bedeutsamer Zusammenhang mit der Gesamtanzahl gewählter Zielsetzungen feststellen.

Hypothese 4 kann aufgrund dieser Ergebnisse nicht bestätigt werden.

7.3.6.4 Prädiktoren der Zielerreichung (Hypothese 5)

Um zu untersuchen, welche Faktoren zu Beginn der Behandlung in welcher Ausprägung die Zielerreichung am Ende der Behandlung beeinflussen, werden Regressionsanalysen mit soziodemographischen und klinischen Prädiktoren berechnet. Dabei werden mögliche Prädiktoren sowohl auf der Ebene der Zielbereiche wie auch der Gesamtzielerreichung untersucht. Als Vorgehensweise bei der multiplen Regression wurde die der Einschlussmethode gewählt. Als mögliche Prädiktoren wurden folgende Faktoren gewählt:

- Schwere der Erkrankung (therapeutenseitig)
- Rehabilitationsmotivation (therapeutenseitig)
- Depressivität zu Beginn der Reha-Maßnahme (ADS-K, patientenseitig)
- Angst zu Beginn (Skala „phobische Symptomatik“ der SCL-14, patientenseitig)
- Somatische Belastung zu Beginn (Skala „Somatisierung“ der SCL-14, patientenseitig)
- Körperliche Lebensqualität zu Beginn (körperliche Summenskala SF-8, patientenseitig)
- Psychische Lebensqualität zu Beginn (psychische Summenskala SF-8, patientenseitig)
- Interpersonelle Probleme (Skala „selbstunsicher“ des IIP-25, patientenseitig)

Tabelle 31 Einfluss soziodemographischer und klinischer Faktoren auf die Zielerreichung, multiple Regressionsanalyse, Einschlussmethode

	N	R ²	signifikante Einflussvariablen	stand. Beta-Koeffizienten
psychosoziale Zieldimension				
Reduktion der spezifischen Symptomatik	1215	11.0%	Schweregrad Rehabilitationsmotivation SF-8 psychisch IIP selbstunsicher	-.06* -.22** -.02* .08*
Bearbeitung emotionaler Aspekte	966	10.4%	Rehabilitationsmotivation SF-8 psychisch	-.26** -.11*
Bearbeitung kognitiver Aspekte	189	17.0%	Rehabilitationsmotivation SF-8 somatisch	-.26** -.36**
Förderung der sozialen Kompetenz	879	11.1%	Rehabilitationsmotivation	-.31**
Bearbeitung intrapsychischer Aspekte	333	12.5%	Rehabilitationsmotivation	-.34**
Entwicklung des Selbst	651	10.2%	Rehabilitationsmotivation SF-8 somatisch	-.27** -.15**
Akzeptierung der Realität	417	12.9%	Rehabilitationsmotivation SCL-14 Somatisierung	-.26** -.26**
Bearbeitung biographisch relevanter Ereignisse	537	5.2%	Rehabilitationsmotivation	-.14**
Entwicklung einer adäquaten Behandlungsmotivation	260	10.7%	Rehabilitationsmotivation	-.25**
somatische Zieldimension				
Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit	383	13.5%	Rehabilitationsmotivation ADS-K	-.18** -.29**
Linderung vegetativer Beschwerden	173	--	--	--
Linderung von Schmerzen	203	18.4%	Schweregrad SF-8 somatisch	-.14* -.28**
Reduzierung von Risikoverhalten/-Faktoren	278	6.9%	Rehabilitationsmotivation	-.18**
edukative Zieldimension				
Vermittlung von Informationen über die Krankheit	387	14.0%	Rehabilitationsmotivation IIP selbstunsicher	-.33** .12*
Vermittlung von Methoden zum Abbau von Risikoverhalten	41	23.6%	SF-8 somatisch	.70*
Vermittlung von Techniken zur Förderung von Gesundheitsverhalten	89	--	--	--
Verbesserung der Stressbewältigung	390	9.7%	SCL-14 Somatisierung SF-8 somatisch	-.20** .25**
Zieldimension Aktivität / Partizipation				
Wiederherstellung/Erhalt d. Arbeitsfähigkeit	325	--	--	--
Bearbeitung von Problemen im interpersonellen Bereich	427	8.1%	Rehabilitationsmotivation Schweregrad SF-8 somatisch	-.19** -.13* -.18*
Verbesserung der Alltagsbewältigung	100	20.5%	Rehabilitationsmotivation	-.33**
Erarbeitung von Zukunftsperspektiven	284	6.8%	Rehabilitationsmotivation	-.18**
Gesamtzielerreichung	1629	10.5%	Rehabilitationsmotivation SCL-14 Somatisierung	-.26** -.06*

Anmerkungen: **p<.01; *p<.05

Aus Tabelle 31 wird ersichtlich, dass durch die verwendeten soziodemographischen und klinischen Variablen zwischen 5.1% und 23.6% Varianz (R^2) in den einzelnen Modellen bezüglich der Zielerreichung in den 21 Zielbereichen erklärt wird. Die Stärke des Einflusses der einzelnen Variablen variiert zwischen $B=-.34$ und $B=.70$. Am deutlichsten wird der Einfluss der Motivation des Patienten zu Beginn der Behandlung. Im Weiteren erweisen sich insbesondere die Einschränkungen der körperlichen Lebensqualität, gemessen durch die körperliche Summenskala des SF-8; der therapeutenseitig eingeschätzte Schweregrad der Erkrankung und der Bereich der Somatisierung, gemessen durch die entsprechende Skala der SCL-14, als teilweise relevante Prädiktoren in den einzelnen Modellen.

Hypothese 5 kann somit teilweise bestätigt werden.

7.3.6.5 Zusammenhänge zwischen der Zielerreichung und Indikatoren des Behandlungserfolgs (Hypothese 6)

Die nun folgende Analyse konzentriert sich auf den Zusammenhang zwischen der von Therapeutenseite eingeschätzten Zielerreichung und dem Rehabilitationserfolg am Ende der Behandlung, gemessen an den Veränderungen in der psychopathologischen Symptomatik im Verlauf der Behandlung. Die Analysen fokussieren dabei den Zusammenhang der Zielerreichung mit patientenseitig erhobenen Outcomeparametern. Die Berechnung der Veränderung in den jeweiligen Outcomemaßen erfolgt durch die Bildung der Differenzen der Mittelwerte zu Beginn und am Ende der Behandlung. Es wurden folgende veränderungsrelevanten Beschwerdebereiche in die Analysen einbezogen:

- Depressivität (ADS-K)
- Angst (Skala „phobische Ängste“ der SCL-14)
- Somatische Belastungen (Skala „Somatisierung“ der SCL-14)
- Interpersonelle Probleme (Skala „selbstunsicher“ des IIP-25)
- Körperliche Lebensqualität am Ende („körperliche Summenskala“ SF-8, Patient)
- Psychische Lebensqualität am Ende („psychische Summenskala“ SF-8, Patient)

In der folgenden Tabelle 32 sind die korrelativen Zusammenhänge zwischen der Zielerreichung und den ausgewählten, patientenseitig erfassten Outcomemaßen dargestellt.

Tabelle 32 Zusammenhang zwischen der therapeutenseitig eingeschätzten Zielerreichung und der Veränderung patientenseitig erhobener psychopathologischer Symptombelastung im Verlauf der stationären Behandlung

	ASD-K	SCL-14		IIP-25: su ³	SF-8	
		ph A ¹	som ²		psy ⁴	som ⁵
psychosoziale Zieldimension (N=1714)	.244**	.062*	.050*	.193**	.211**	.108**
Reduktion der spezifischen Symptomatik (N=1283)	.284**	.073**	.069*	.210**	.253**	.148**
Bearbeitung emotionaler Aspekte (N=1022)	.222**	.077*	.044	.191**	.152**	.083**
Bearbeitung kognitiver Aspekte (N=200)	.298**	.061	.103	.213**	.229**	.105
Förderung der sozialen Kompetenz (N=949)	.221**	.021	.073*	.144**	.195**	.087**
Bearbeitung intrapsychischer Aspekte (N=342)	.175**	.070	.071	.106	.147**	.154**
Entwicklung des Selbst (N=689)	.169**	.037	.023	.123**	.208**	.036
Akzeptierung der Realität (N=443)	.119*	.099*	-.031	.205**	.120*	.107*
Bearbeiten biographisch relevanter Ereignisse (N=585)	.110**	.033	.054	.110**	.099*	.082
Entwicklung einer adäquaten Behandlungsmotivation (N=286)	.177**	-.049	.019	.077	.079	.071
somatische Zieldimension (N=780)	.135**	.040	.027	.102**	.117**	.091*
Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit (N=407)	.086	.062	.090	.176**	.092	.078
Linderung vegetativer Beschwerden (N=190)	.037	-.073	-.060	.170*	.070	.012
Linderung von Schmerzen (N=216)	.222**	.020	.063	.143*	.129	.164*
Reduzierung von Risikoverhalten/-Faktoren (N=292)	.111	.033	-.006	.021	.127*	.091
edukative Zieldimension (N=707)	.112**	.074	.092*	.081*	.117**	.135**
Vermittlung von Informationen über die Krankheit (N=412)	.148**	.107*	.128*	.108*	.153**	.127*
Vermittlung von Methoden zum Abbau von Risikoverhalten (N=42)	.106	.164	-.100	.325*	.231	.165
Vermittlung von Techniken zur Förderung von Gesundheitsverhalten (N=91)	-.013	.043	.000	.040	-.022	.106
Verbesserung der Stressbewältigung N=419)	.084	.061	.061	.056	.097	.119*
Zieldimension Aktivität / Partizipation (N=874)	.136**	.086*	-.002	.126**	.166**	.097**
Wiederherstellung/Erhalt der Arbeitsfähigkeit (N=340)	.109*	.082	-.025	.101	.142*	.088
Bearbeitung von Problemen im interpersonellen Bereich (N=449)	.168**	.047	.033	.158**	.165*	.081
Verbesserung der Alltagsbewältigung N=106)	.247*	.083	.141	.121	.193	.270**
Erarbeitung von Zukunftsperspektiven (N=299)	.144*	.075	.038	.178**	.160**	.048
Gesamt (N=1730)	.230**	.075**	.049*	.181**	.216**	.130**

Anmerkungen: **p<.01; *p<.05, ¹SCL-14: Skala „phobische Angst“; ²SCL-14: Skala „Somatisierung“; ³IIP-25: Skala „selbstunsicher“; ⁴SF-8: „psychische Summenskala“; ⁵SF-8: „körperliche Summenskala“

Tabelle 32 zeigt, dass im Rahmen der Prüfung von Hypothese 6 die **erste** Annahme bestätigt werden kann. Für die Zielerreichungseinschätzungen innerhalb des Zielbereichs „Reduktion der spezifischen Symptomatik“ liegt mit .284 eine signifikante positive Korrelation mit den Differenzwerten der ADS-K vor, die im Bereich einer mittleren Effektstärke liegt (vgl. Bortz und Döring, 1995).

Die **zweite** Annahme, welche einen positiven Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Zielerreichung des Zielbereichs „Reduktion der spezifischen Symptomatik“ und der Prä-Post-Veränderung der Skala „phobische Angst“ der SCL-14 erwartete, kann aufgrund der Ergebnisse nicht bestätigt werden. Es liegt zwar eine signifikante positive Korrelation vor ($r=.073$), die jedoch nicht über der Grenze einer kleinen Effektstärke liegt.

Ebenso kann die **dritte** Annahme nicht bestätigt werden. Es zeigt sich kein signifikant positiver Zusammenhang mit mindestens kleiner Effektstärke zwischen dem Grad der Zielerreichung in den Zielbereichen „Linderung vegetativer Beschwerden“ sowie „Linderung von Schmerzen“ und der Prä-Post-Veränderung des Scores der Skala „Somatisierung“.

Die **vierte** Annahme kann hingegen bestätigt werden. So korreliert die Zielerreichungseinschätzung innerhalb der Zielbereiche „Förderung der sozialen Kompetenz“ ($r=.144$) „Bearbeitung interpersoneller Probleme“ ($r=.158$) und „Aspekte des Selbst“ ($r=.123$) signifikant positiv mit der Skala „selbstunsicher“ des IIP, jedoch mit nur kleiner Effektstärke.

Die **fünften** Annahme konnte bestätigt werden. Die Mittelwertdifferenz der psychischen Summenskala des SF-8 korreliert signifikant positiv ($r=.211$) im Bereich einer mittleren Effektstärke mit der Zielerreichungseinschätzung auf der psychosozialen Zieldimension.

Gleiches gilt für die **sechste** Annahme einer signifikant positiven Korrelation der Zielerreichung innerhalb des Zielbereichs „Verbesserung der Alltagsbewältigung“ mit der Prä-Post-Mittelwertdifferenz der körperlichen Summenskala des SF-8. Der Korrelationskoeffizient liegt mit .270 im Bereich einer mittleren Effektstärke.

8 Gesamtdiskussion

Therapieziele und deren Erreichung sind ein wichtiger Bestandteil des therapeutischen Prozesses wie auch einer zielorientierten Ergebnismessung. Obwohl es eine Reihe von Instrumenten zur insbesondere patientenseitigen Zielerfassung im ambulanten Bereich gibt, zeigt sich doch ein Mangel an therapeutenseitigen Zielerhebungsinstrumenten für den stationären Bereich. Ziel der Entwicklung des Profils Psychotherapeutischer Zielsetzungen (PPZ-T, PPZ-P) war somit, ein praktikables, reliables und valides Instrument zur therapeutenseitigen Erfassung der Therapieziele zu Beginn und deren Erreichung am Ende einer stationären psychotherapeutischen Behandlung zu erhalten.

In der vorliegenden Arbeit wurde ein generisches, hierarchisch aufgebautes, therapeutenseitiges Zielerfassungsinstrument in mehreren Entwicklungsschritten sowohl theoriegeleitet als auch empirisch fundiert entwickelt. Diese Entwicklungsschritte beinhalteten, aufbauend auf schon geleisteten Vorarbeiten, die Erstellung, Modifikation und Überprüfung eines Kategoriensystems psychotherapeutischer Zielsetzungen insbesondere hinsichtlich Aspekten der Reliabilität und Validität, welches dann als Grundlage für einen therapeutenseitigen Zielerfassungsbogen verwendet wurde. Dieser Zielerfassungsbogen wurde dann wiederum an einer weitgehend repräsentativen Stichprobe hinsichtlich Praktikabilität sowie Validität überprüft. Therapeuten wurden hierfür zu Beginn und am Ende der Rehabilitationsmaßnahme ihrer Patienten zu den individuellen Rehabilitationszielen bzw. deren Erreichung befragt.

Die Vorgehensweise und die Ergebnisse dieses Prozesses sollen nun im Folgenden zusammenfassend diskutiert werden. Dabei soll zunächst in Abschnitt 8.1 auf den Prozess der Entwicklung und Überprüfung des Kategoriensystems psychotherapeutischer Zielsetzungen fokussiert werden, um dann in Abschnitt 8.2 die Ergebnisse der Entwicklung und Überprüfung des PPZ-T zu diskutieren. In Abschnitt 8.3 werden dann, aufbauend auf den berichteten Ergebnissen, Vorschläge für die Weiterentwicklung des Instruments beschrieben. Kapitel 8.4 diskutiert dann abschließend mögliche Konsequenzen für die Anwendung des Systems in Praxis und Forschung.

8.1 Entwicklung und Überprüfung des Kategoriensystems psychotherapeutischer Zielsetzungen

Ein breite empirische Basis für die Entwicklung des Kategoriensystems bildeten die Entlassungsberichte der Rehabilitation von Patienten mit psychischen Störungen. Anhand der in den Entlassungsberichten formulierten Therapieziele wurde eine Taxonomie von Therapiezielin-

halten entwickelt, überprüft und modifiziert. Im Folgenden werden die Ergebnisse dieses Entwicklungsprozesses diskutiert. Dabei soll zunächst die Prüfung der Verteilungseigenschaften analysiert werden. Darauf aufbauend sollen methodische Aspekte diskutiert werden, wobei insbesondere die Ergebnisse der Reliabilitäts- wie auch der Validitätsprüfung diskutiert werden sollen.

8.1.1 Verteilungseigenschaften des Kategoriensystems

Die Verteilung der aus den Entlassungsberichten extrahierten Therapieziele über die verschiedenen Bereiche des Kategoriensystems wurde durch den jeweiligen Anteil an Patienten, die innerhalb einer Kategorie ein Therapieziel erhielten, definiert. Damit wird verdeutlicht, in welchem Ausmaß eine Kategorie durch die enthaltenen Therapieziele repräsentiert ist. Als globaler Richtwert wird erwartet, dass jeweils über 5% der Patienten ein Therapieziel innerhalb einer bestimmten Kategorie erhalten haben sollten, um ein möglichst gleichmäßige Verteilung über das gesamte Kategoriensystem zu erreichen. Entsprechend der Häufigkeit der Besetzung findet sich der höchste Differenzierungsgrad bezüglich der Hauptkategorien in Zieldimension A. Die Zieldimensionen C und D weisen den geringsten Differenzierungsgrad auf. Am wenigsten Kodierungen wurden auf Zieldimension D vorgenommen. Abbildung 9 zeigt, dass lediglich in der Kategorie „Verbesserung der Alltagsbewältigung“ die 5%-Grenze unterschritten wurde. Dies kann entweder bedeuten, dass zu wenige oder den Bereich nicht genügend abdeckende Zielsetzungen innerhalb dieses Zielbereichs zur Auswahl standen, oder aber dass sich die Therapeuten in diesem Bereich sich nur selten relevante Zielsetzungen für die Behandlung ihrer Patienten setzten. Insgesamt wurden die 21 Zielbereiche jedoch hinreichend bestätigt.

8.1.2 Reliabilität

Zur Prüfung der Beurteilerübereinstimmung der Kodierungen wurde eine Stichprobe von 400 zufällig gezogenen Zielen durch zwei Rater unabhängig voneinander kodiert. Auf der Ebene der Zieldimensionen ergaben sich mit einem durchschnittlichen Kappa-Koeffizienten von .82 nach der Einteilung von Wirtz & Caspar (2002) sehr gute Übereinstimmungswerte, mit zunehmenden Auflösungsgrad des Systems nehmen die Übereinstimmungswerte jedoch leicht ab. So lag die durchschnittliche Übereinstimmung auf der Ebene der Zielbereiche mit .73 in einem guten Übereinstimmungsbereich. In einem Bereich von immer noch akzeptabler Übereinstimmung lagen die Zielkategorien „Bearbeitung kognitiver Aspekte“ (.46), „Förderung der sozialen Kompetenz“ (.56), „Entwicklung des Selbst“ (.46), „Vermittlung von Techniken

zur Förderung von Gesundheitsverhalten“ (.56) sowie „Bearbeitung von Problemen im interpersonellen Bereich (.57). Insgesamt kann die Beurteilerübereinstimmung als gut bezeichnet werden.

8.1.3 Validität

Die in Abschnitt 5.2.1 formulierte Fragestellung 1, ob in der stationären Psychotherapie für die am häufigsten behandelten Diagnosegruppen unterschiedliche Therapieziele formuliert werden, ist zu bejahen. Das Kategoriensystem differenziert hinreichend zwischen den untersuchten Hauptdiagnosegruppen. In Übereinstimmung mit der formulierte Hypothese A1 werden im Rahmen der stationären Behandlung von Patienten mit depressiven Störungen zugrundeliegende intrapsychische Konflikte, biographische Aspekte sowie Aspekte des Selbstwerts fokussiert. Entgegen der formulierten Hypothese A1 ergaben sich keine erhöhten Odds Ratios bei den Zielbereichen soziale Kompetenz und interpersonelle Probleme. Für Patienten mit der Diagnose einer Angststörung ließen sich beide in Hypothese A2 postulierten Zielbereiche (Informationsvermittlung über die Erkrankung, Symptomreduktion) bestätigen. Bei den Anpassungsstörungen bestätigte sich entsprechend der Hypothese A3 der Zielbereich biographisch relevanter Aspekte als vorrangiger Fokus. Somatoforme Störungen zeigten als einziger Störungsbereich wie in Hypothese A4 angenommen mehr Nennungen bei den Bereichen vegetative Beschwerden und Schmerzlinderung der somatischen Zieldimension, keine jedoch bei motivationalen Aspekten bzw. der therapeutischen Arbeitsbeziehung. Entgegen den Erwartungen in Hypothese A5 ließ sich bei Essstörungen weder der Bereich Realitätsakzeptanz noch die Verringerung von Risikoverhalten bestätigen, was möglicherweise an der geringen Besetzung der Kategorie lag. Die Behandlung von Suchtpatienten konzentrierte sich entsprechend der Hypothese A6 auf die Zielbereiche soziale Kompetenz, Realitätsakzeptanz, Reduktion von Risikoverhalten und Arbeitsfähigkeit, für den Bereich Motivierung konnten keine erhöhten OR gefunden werden.

Bezüglich der Frage der Unterschiedlichkeit von therapeutischen Zielsetzungen der beiden vorherrschenden theoretischen Orientierung der psychotherapeutischen Verfahren konnte gezeigt werden, dass verhaltenstherapeutisch orientierte Verfahren entsprechend der Hypothese B vor allem die Hauptkategorien „Symptomreduktion“, „kognitive Aspekte“, „soziale Kompetenz“, „Risikoverhalten“ und „Stressbewältigung“ fokussieren. Keine Unterschiede hingegen wurden für die Hauptkategorien „Informationsvermittlung“ und „Gesundheitsverhalten“ gefunden. Bei den psychodynamisch orientierten Verfahren bestätigten sich hingegen die Zielbereiche „intrapsychische Konflikte“ sowie „Motivierung“. Auch hier zeigt das Kate-

146

goriensystem gemäß den postulierten Hypothesen eine ausreichende Differenzierungsfähigkeit zwischen den beiden unterschiedlich behandelten Gruppen von Patienten.

8.1.4 Methodische Einschränkungen

Ein möglicher Kritikpunkt bei der Entwicklung des Systems liegt darin begründet, dass in den Entlassungsberichten nur selten feststellbar ist, von wem die Ziele explizit formuliert wurden, also ob die Zielsetzungen von Patienten selbst geäußert, ob sie von Seiten des Therapeuten vorgegeben wurden oder ob die Zielsetzungen in Abstimmung mit dem Patient formuliert wurden. Aufgrund der komplexen, häufig auch theoretische Orientierungen widerspiegelnden Formulierungen kann letztendlich jedoch davon ausgegangen werden, dass es sich in den meisten Fällen um die therapeutenseitig für die Behandlungsplanung verwendeten Therapieziele handelt. Als Folge ist somit ein Kategoriensystem entstanden, welches überwiegend die therapeutenseitigen Zielsetzungen für die Behandlung und deren Vorstrukturierung von Therapiezielen abbildet.

Als weiterer problematischer Punkt ist festzuhalten, dass aus den Formulierungen in den Entlassberichten nicht ersichtlich war, wann die Ziele festgelegt wurden. So ist es möglich, dass sich Zielsetzungen, die zu Beginn der Therapie definiert und somit auch für die Behandlungsplanung verwendet wurden, im Prozess der Modifikation des Kategoriensystems mit Zielen vermischten, die erst am Ende der Behandlung oder zum Zeitpunkt der Erstellung der Entlassberichte retrospektiv für den Behandlungsprozess formuliert wurden. Bezüglich der für die Unterscheidung in verhaltenstherapeutisch oder psychodynamisch orientierten Behandlung verwendeten KTL ist anzumerken, dass bisher keine Studien über Reliabilität und Validität der dort erhobenen Angaben vorliegen und somit auch die auf Basis der KTL vorgenommene Unterscheidung vorsichtig zu bewerten ist.

Generalisierbarkeit der Ergebnisse

Die im Rahmen dieser Studie zur Modifikation und Überprüfung des Kategoriensystems erhobene Stichprobe (N=1192) besteht zu 83.8% aus Berichten des Indikationsbereichs Psychosomatik und zu 16.2% aus Berichten des Indikationsbereichs Abhängigkeitserkrankungen. Das Verhältnis von Entlassungsberichten aus den beiden Indikationsbereichen entspricht somit in etwa dem in der Jahresstatistik des VDR berichteten Verhältnis (77.7% : 22.3%) der im Jahre 2000 insgesamt in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Erkrankungen behandelten Patienten (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 2000). Die Entlassungsberichte wurden zu je gleichen Anteilen vom VDR und

der BfA zur Verfügung gestellt, was somit dem in der VDR-Statistik berichteten Verhältnis zwischen Arbeitern und Angestellten von circa 1:1 entspricht. Gegenüber den Vergleichswerten der VDR-Statistik sind die Patienten der Stichprobe geringfügig älter, der Frauenanteil ist jedoch deutlich höher, Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen haben einen etwas höheren Anteil an weiblichen Patienten. Ein Vergleich der Behandlungsdauern zeigt, dass lediglich die mittlere Behandlungsdauer der Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen (116 Tage) deutlich über derjenigen aller behandelten Patienten im Jahre 1999 (Müller-Fahnow et al., 2002) liegt (88 Tage). Der Vergleich mit der VDR-Statistik hinsichtlich der Hauptdiagnosen bei den Patienten des Indikationsbereichs Psychosomatik zeigt, dass in der vorliegenden Stichprobe insbesondere seltener Patienten mit Anpassungsstörungen (16.5% versus 22.9%) behandelt wurden, die Diagnoseverteilung entspricht somit annähernd der Verteilung der insgesamt im Bereich der Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen behandelten Erkrankungen. Bei den Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen zeigt sich ein im Vergleich zu den insgesamt im Jahre 1999 behandelten Patienten ein etwas niedrigerer Anteil an Patienten mit Alkoholabhängigkeit (63.7% versus 74%) sowie ein deutlich geringerer Anteil an Patienten mit Opioidabhängigkeit (6.7% versus 19%) (Müller-Fahnow et al., 2002).

Trotz geringfügiger Unterschiede kann insgesamt davon ausgegangen werden, dass die verwendete Stichprobe als hinreichend repräsentativ für die insgesamt in dem Versorgungsbe- reich behandelten Patienten gelten kann. Für eine hohe Generalisierbarkeit der Ergebnisse spricht zudem die hohe Anzahl an Kliniken, aus denen die Entlassungsberichte entstammen. Insgesamt wurden die Berichte aus circa 80 psychotherapeutischen Kliniken (circa 20 der beteiligten Kliniken behandelten ausschließlich Abhängigkeitserkrankungen) ausgewertet. Pro Klinik wurden jeweils zehn bis zwanzig Entlassungsberichte ausgewertet.

8.1.5 Vergleich mit bereits bestehenden Kategoriensystemen

Ein Vergleich mit ähnlichen Zielerhebungsverfahren wie etwa dem KITZ von Heuft und Senf (1998) zeigt, dass durch die inhaltliche Orientierung an dem Theoriemodell der Rehabilitation, wie sie bei der Entwicklung unseres Systems erfolgt ist, einige Zielbereiche vergleichsweise besser erfasst werden. Hier ist vor allem der Bereich der edukativen Zieldimension zu nennen, der bei Heuft und Senf nahezu unberücksichtigt bleibt, aber einen relevanten Aspekt der Rehabilitation von Patienten mit psychischen Störungen erfasst. Ebenso ist das KITZ eher psychodynamisch geprägt, verhaltenstherapeutische Zielsetzungen wirken eher unterrepräsentiert. Im Gegensatz dazu wurde bei dem hier entwickelten System explizit die Einbeziehung

sowohl verhaltenstherapeutischer wie auch psychodynamischer Zielsetzungen angestrebt. Hinzu kommt, dass das entstandene Kategoriensystem psychotherapeutischer Zielsetzungen über drei Abstraktionsebenen verfügt, von denen die abstrakteste und die konkreteste mit den beiden Ebenen des KITZ vergleichbar sind. Durch die im Vergleich mit dem KITZ zusätzliche dritte mittlere Ebene besteht die Möglichkeit einer höheren Differenzierung bei der Auswahl der Zielsetzungen.

Ein Vergleich mit dem von Grosse-Holtforth und Grawe (2002) entwickelten BIT-T zeigt, dass insbesondere bezüglich der Anwendung in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen das Kategoriensystem psychotherapeutischer Zielsetzungen (trotz vergleichbarer psychometrischer Eigenschaften, siehe Kapitel 4.2.1) aufgrund folgender Punkte zu bevorzugen ist: Da dass BIT-T mittels einer Stichprobe von ausschließlich ambulant behandelten Patienten entwickelt wurde, müsste die Übertragbarkeit auf den stationären Psychotherapiebereich erst überprüft werden. Aufgrund des unterschiedlichen Klientels ist von anderen Schwerpunkten bei den Therapiezielen auszugehen. Ein zweiter bedeutsamer Unterschied zwischen den Kategoriensystemen besteht darin, dass im Zuge der Entwicklung des BIT-T entsprechend der Intention, ein Selbstbeurteilungsinstrument zu entwickeln, ausschließlich Patientenziele verwendet wurden. Somit ist das Ergebnis ein Kategoriensystem von Zielsetzungen, die Patienten zu Beginn ihrer Therapie formuliert haben. Im Rahmen unserer Aufgabenstellung war aber vorgesehen, auf der Basis des Kategoriensystems psychotherapeutischer Zielsetzungen Instrumente zur sowohl patienten- wie auch therapeutenseitigen Erfassung von Therapiezielen zu entwickeln. Da die empirische Basis des Systems die in den Entlassungsberichten genannten Therapieziele sind, repräsentiert das entstandene Kategoriensystem eher die Seite der Fremdbeurteilung.

Als Folge der unterschiedlichen Entwicklungsgrundlagen resultierten weitere Differenzen zwischen den beiden Systemen: Die aufgrund der theoretischen Überlegungen entwickelten Dimensionen bezüglich „edukativen“ und „somatischen“ Zielsetzungen des Kategoriensystems psychotherapeutischer Zielsetzungen lassen sich im BIT-T nur begrenzt wiederfinden. So ist die „somatische Zieldimension“ im BIT-T lediglich durch zwei Zielsetzungen innerhalb der Hauptkategorie „körperliche Schmerzen und Krankheiten“ zu finden. In dem Kategoriensystem psychotherapeutischer Zielsetzungen werden somatische Aspekte durch insgesamt 27 Kodierungsmöglichkeiten erfasst. Dies kann unter anderem Ausdruck des hohen Anteils an somatischen Erstdiagnosen oder an somatischen Komorbiditäten sein, der für das Klientel von Patienten der stationären psychosomatischen/psychotherapeutischen Rehabilitation typisch ist (vgl. Kapitel 5.2.4.1). Die edukative Zieldimension, die im BIT-T fehlt, ist in unserem System

möglicherweise einerseits auf die stärker therapeutenseitige Definition der Zielsetzungen zurückzuführen, wodurch die Intentionen der Behandler für den therapeutischen Prozess eine größere Rolle spielen. Andererseits kann diese aber auch auf den theoretisch begründeten, stärkeren Anteil an sekundär-präventiven Elementen in der Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen zurückzuführen sein (vgl. Kapitel 3.2.2). Auch die Autoren des BIT-T schlussfolgern, dass die Taxonomie den Schwerpunkt weniger auf medizinische oder rehabilitative Ziele als auf patientenseitig definierte Zielsetzungen insbesondere für den psychotherapeutischen Prozess setzt (Grosse-Holtforth & Grawe, 2002).

Das entstandene Instrument erfasst also einen bisher nicht in vergleichbarer Weise abgedeckten Bereich und stellt somit eine wichtige Ergänzung zu den bestehenden Zielkategorisierungen dar. Es erscheint sinnvoll, mit Blick auf die Zielsetzungen der ambulanten und stationären Psychotherapie, spezifische Erhebungsinstrumente zu verwenden, um so die in der psychosomatisch/psychotherapeutischen Behandlung stationärer Patienten vorherrschenden multiprofessionellen und mehrere Dimensionen beinhaltenden Zielsetzungen möglichst erschöpfend abbilden zu können.

8.1.6 Zusammenfassung

Das modifizierte System bietet 147 verschiedene Kodierungsmöglichkeiten auf drei Abstraktionsebenen: 21 Hauptkategorien, 87 Kategorien und 39 Unterkategorien. Diese sind innerhalb von vier Zieldimensionen aufgeteilt: psychosoziale Zieldimension, somatische Zieldimension, edukative Zieldimension und Zieldimension der Aktivität/Partizipation. Da sich diese auf wesentliche, innerhalb der medizinischen Rehabilitation relevante Behandlungsbereiche beziehen, erleichtern diese dem Behandler eine schnelle Groborientierung innerhalb der Taxonomie. Auf der Ebene der Zieldimensionen ermöglichen Restkategorien nicht zuzuordnende Zielsetzungen zu kodieren. Auf allen drei Abstraktionsebenen haben die Behandler zudem die Möglichkeit unter „Sonstige“ eigene Zielsetzungen zu formulieren, die sich nicht durch die gelisteten Zielsetzungen abdecken lassen.

Das resultierende Kategoriensystem deckt die von den Therapeuten in den Entlassungsberichten formulierten Behandlungsziele inhaltlich ab und erfüllt die in Kapitel 4.1 gestellten Forderungen nach einem exklusiven, erschöpfenden sowie einem reliablen, empirisch fundierten und praktikablen Kategoriensystem. Der Forderung nach empirischer Fundierung wurde durch den beschriebenen Entwicklungsprozess Rechnung getragen. Durch die Verwendung von Zieldimensionen, Haupt- und Unterkategorien auf drei verschiedenen Abstraktionsebenen

wird das System einfach handhabbar und somit praktikabel. Durch den hohen Differenzierungsgrad und die zumeist guten Interraterübereinstimmungen der einzelnen Kategorien scheint ebenso das Kriterium der Exklusivität erfüllt zu sein. Die Beurteilerübereinstimmung wurde jedoch aus Gründen der Stichprobengröße lediglich auf der Ebene der Zieldimensionen und der Ebene der 21 Hauptkategorien bestimmt und kann auf beiden Kategorisierungsebenen als gut bezeichnet werden, lediglich bei 5 der 21 Hauptkategorien lag der Übereinstimmungskoeffizient nur im zufriedenstellenden Bereich. Die Validität des Systems konnte durch den Nachweis von zu erwartenden Gruppenunterschieden ebenfalls bestätigt werden. So ist das System in Lage, differentielle Zielsetzungen zwischen verschiedenen diagnostischen (fünf Hauptdiagnosegruppen), indikationsspezifischen (Psychosomatik, Abhängigkeitserkrankungen) sowie behandlungsspezifischen (verhaltenstherapeutisch, tiefenpsychologisch orientiert) Gruppen abzubilden. Der relativ geringe Anteil an nicht zuzuordnenden Therapiezielen (9.9% der in den Entlassungsberichten genannten Zielsetzungen konnten nicht kategorisiert werden) und die gleichzeitige Verwendung aller in dem System befindlichen Kategorien spricht für die Erfüllung des Kriteriums einer erschöpfenden Taxonomie.

Insgesamt kann das System, insbesondere bezogen auf die in den Analysen fokussierten 4 Zieldimensionen und 21 Hauptkategorien, als praktikabel, reliabel und valide bezeichnet werden und damit die Basis bilden für weitere, darauf aufbauende Forschungsarbeiten bezüglich therapeutenseitiger Zielsetzungen in der rehabilitativen Behandlung von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Erkrankungen.

8.2 Überprüfung des PPZ-T

Im Folgenden sollen nun die Ergebnisse der Überprüfung des auf der Basis des erarbeiteten Kategoriensystems entwickelten PPZ-T in einer prospektiven Studie diskutiert werden. Der Fragebogen PPZ-T umfasst in der Therapeutenversion 21 unterschiedliche Zielbereiche, welche wiederum in 4 Zieldimensionen gruppiert sind. Dementsprechend sind neben Zielbereichen, die sich auf die psychosoziale Rehabilitation beziehen, auch solche enthalten, die somatische Aspekte, edukative Elemente und funktionale Einschränkungen im Alltag beziehen.

8.2.1 Praktikabilität

Zur Analyse der Praktikabilität des PPZ-T wurde einerseits die Verständlichkeit hinsichtlich der Instruktionen wie auch bezüglich der Itemformulierungen analysiert. Andererseits sollte im Hinblick auf die Vollständigkeit des Instruments überprüft werden, ob die im PPZ-T spezi-

fizierten Therapieziele die für die jeweiligen Behandlungen von den Therapeuten tatsächlich verfolgten Therapieziele hinreichend abdecken.

Die Überprüfung der Verständlichkeit der Instruktionen des PPZ-T zeigte einige deutliche Mängel: Zunächst lässt der Anteil an nicht oder nur unzureichend bearbeiteten Fragebögen von 11.8% auf die Notwendigkeit der Verbesserung der Akzeptanz des Instruments schließen. Hier ist insbesondere eine Verkürzung des Instruments in Erwägung zu ziehen (vgl. Kapitel 8.3). Darüber hinaus ergeben sich Hinweise auf Probleme mit der Instruktion des Fragebogens: So wurde in 21.7% der Fälle entgegen den Instruktionen mehr als fünf Zielbereiche ausgewählt. Aufgrund dieses hohen Anteils soll in Kapitel 8.3 eine entsprechende Änderung der Instruktion vorgeschlagen werden.

Der Aspekt der Vollständigkeit des PPZ-T wurde mittels der von den Therapeuten verwendeten Zusatzziele unter „sonstige“ analysiert. Da es sich aber nur um wenige zusätzlich von den Therapeuten formulierte Ziele handelt, scheint das PPZ-T die wesentlichen Therapieziele zu enthalten, die die Therapeuten für die Behandlung ihrer Patienten als relevant erachten. Lediglich ein Behandlungsziel, welches häufiger genannt wurde (Reduktion des Zwangsverhaltens), soll in eine revidierte Version des Fragebogens mit aufgenommen werden (vgl. Kapitel 8.3). Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass die Intention des Instruments nicht darin liegt, alle potentiell möglichen Therapieziele aufzulisten, sondern vielmehr häufiger verfolgte Behandlungsziele zur Erleichterung der Zieldefinition bereitzustellen. In einer individuellen Zielklärung, wie etwa im Sinne des Goal Attainment Scaling, können Therapieziele auf einer sehr viel detaillierteren Ebene definiert werden.

8.2.2 Itemkennwerte

Zur Beurteilung der Itemkennwerte des PPZ-T wurde die jeweilige Itemschwierigkeit wie auch die Iteminterkorrelationen analysiert. Itemschwierigkeit bezieht sich in diesem Zusammenhang auf die relative Häufigkeit, mit der von den Therapeuten ein bestimmtes Therapieziel gewählt wurde.

Bezüglich der **Itemschwierigkeit** zeigen die Analysen, dass keine der 122 möglichen Zielformulierungen eine zu niedrige Itemschwierigkeit aufweist. Das am häufigsten gewählte Therapieziel „Reduktion der depressiven Symptomatik“ wurde von den Therapeuten für 36.3% der Patienten gewählt. Die festgesetzte Grenze von 50% wurde somit bei keinem Therapieziel erreicht. Im Gegensatz dazu wurden insgesamt 32 Therapiezielen seltener als in 5% der Behandlungsfälle gewählt. Hier ist jedoch in Kapitel 8.3 noch zu prüfen, auf welche

der Items in einer Revision des PPZ-T verzichtet werden kann, da die relative Häufigkeit für sich allein noch kein Maß für die Qualität eines Items sein kann. Vielmehr muss gleichzeitig beachtet werden, welche Patientengruppen möglicherweise in der Stichprobe unterrepräsentiert waren, was sich dann auch in der Therapiezielauswahl widerspiegeln würde. Veränderungen sollten somit nur bei den Items durchgeführt werden, bei denen eine geringe relative Häufigkeit nicht allein durch die Stichprobe erklärt werden können (vgl. Kapitel 8.3).

Im Weiteren wurden die **Interkorrelationen** zwischen den Items jeweils eines Zielbereichs überprüft. Lediglich vier Korrelationen lagen über .6 (.62-.84), insgesamt 16 Iteminterkorrelationen lagen zwischen .5 und .6. Eine genauere Betrachtung der Korrelationen über .6 zeigt, dass es sich jeweils um sinnvoll erscheinende Zielkombinationen auch innerhalb der entsprechenden Zielbereiche handelt. Redundanzen sind hier nicht zu erkennen, weswegen keine Veränderungen aufgrund dieser Ergebnisse nahegelegt werden. Ähnliches gilt für einige der 16 Iteminterkorrelationen zwischen .5 und .6. Hier erscheinen jedoch einige Verkürzungen sinnvoll, die in Kapitel 8.3 diskutiert und vorgeschlagen werden.

8.2.3 Aspekte der Zielauswahl

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Therapeuten, entgegen den Instruktionen des PPZ-T, im Durchschnitt circa zwölf Ziele für die Behandlung auswählen. In anderen Studien innerhalb des selben Versorgungsbereichs hingegen werden etwa vier Ziele im Durchschnitt ausgewählt (Berking, 2004; Heuft et al., 1998b). Als Gründe für diese große Differenz kann angeführt werden, dass zunächst die Möglichkeiten der Zielauswahl in den von Berking und Heuft et al. verwendeten Zieldokumentationsbögen (BIT-C, KITZ, vgl. Kapitel 4) stärker begrenzt sind. So ist es in diesen Studien für die Patienten wie auch die Therapeuten aufgrund des Studiendesigns gar nicht möglich, mehr als fünf Ziele auszuwählen. Zudem erfolgt in beiden Studien eine Begrenzung auf die fünf wichtigsten Therapieziele. Allerdings wurde die Maximalanzahl von auszuwählenden Zielen von den Therapeuten in dem meisten Fällen nicht voll ausgeschöpft. Eine weitere mögliche Erklärung liegt im Aufbau des in dieser Studie verwendeten PPZ-T. Anders als in den beiden genannten Studie werden hier die Therapieziele in insgesamt drei Abstraktionsebenen unterteilt (im Gegensatz zu beispielsweise zwei Abstraktionsebenen beim KITZ). Diese kann zur Folge haben, dass Therapeuten sich beim Erfassen der Therapieziele durch das PPZ-T häufiger dazu veranlasst fühlten, bei einem auf der dritten Abstraktionsebenen gewählten Ziel (z.B. Reduktion der Angstsymptomatik) zusätzlich im Rahmen einer Spezifizierung auch die in dieser übergeordneten Kategorien zusammenge-

fassten Ziele auszuwählen (z.B. Abbau von Vermeidungsverhalten, Abbau von Rückversicherungsverhalten, Reduktion der Aufmerksamkeitsfokussierung).

Die Verteilung der Therapieziele über die 21 Zielbereiche des PPZ-T wurde durch den jeweiligen Anteil an Patienten, die innerhalb einer Kategorie ein Therapieziele erhielten, definiert. Damit wird verdeutlicht, in welchem Ausmaß eine Kategorie durch die enthaltenen Therapieziele repräsentiert ist. Wie schon bei der Überprüfung des Kategoriensystems in Kapitel 5.2.4.2 wird in Anlehnung an Furler (2001) als globaler Richtwert erwartet, dass jeweils über 5% der Patienten ein Therapieziel innerhalb eines Zielbereichs erhalten haben sollten. Die Ergebnisse zeigen, dass die am häufigsten gewählten Zielbereiche sich, entsprechend des psychotherapeutischen Schwerpunkts des Behandlungssettings, innerhalb der psychosozialen Zieldimension befinden. In etwa gleich verteilen sich die Behandlungsziele über die übrigen drei Zieldimensionen (somatisch, edukativ, Aktivität/Partizipation). Die Therapeuten wählten zu Beginn der Behandlung am häufigsten Ziele aus den Bereichen „Reduktion der spezifischen Symptomatik“ (Reduktion der depressiven Symptomatik, Abbau des Rückzugsverhaltens), „Bearbeitung emotionaler Aspekte“ (Emotionale Entlastung und Stabilisierung, Verbesserung des Umgangs mit Ärger / Wut / Aggression), „Entwicklung des Selbst“ (Steigerung des Selbstwertgefühls / Selbstvertrauens“, „Förderung der sozialen Kompetenz“ (Förderung der Abgrenzungsfähigkeit, Verbesserung des Ausdrucks eigener Bedürfnisse und Meinungen, Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit) sowie dem Bereich „Bearbeitung biographisch relevanter Ereignisse“ (Bearbeitung der biographischen Ursachen der Symptomatik). Innerhalb der übrigen drei Zieldimensionen wurden Therapieziele innerhalb der Zielbereiche „Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit“, „Vermittlung von Informationen über die Erkrankung“ sowie „Bearbeitung von interpersonellen Problemen“ besonders häufig gewählt. Lediglich in der Kategorie „Vermittlung von Methoden zum Abbau von Risikoverhalten“ wurde die 5%-Grenze unterschritten. Dies kann aber dadurch begründet werden, dass keine der elf Kliniken dem Indikationsbereich „Abhängigkeitserkrankungen“ zugehört. Entsprechend gering fällt der Anteil der Patienten (14) mit der Hauptdiagnose einer Abhängigkeitserkrankung. Eine Überprüfung dieses Zielbereichs ist demzufolge an einer entsprechenden Stichprobe noch durchzuführen.

Zusammenfassung der Ergebnisse zur Prüfung von Hypothese 1

Betrachtet man die Ergebnisse der Prüfung der Hypothese 1, welche entsprechend den Ergebnissen der Modellbildung in Kapitel 5.2.4.4 bestimmte Unterschiede in der Zielauswahl für die fünf häufigsten Hauptdiagnosegruppen postuliert, so lässt Hypothese 1 nur zum Teil

bestätigen. Sehr deutlich zeigt sich jedoch wiederum, dass sich die Therapieziele der Therapeuten für die diagnosespezifischen Untergruppen von Patienten unterscheiden. Jedoch konnten nur einige der bei der Überprüfung des Kategoriensystems gefundenen Unterschiede bestätigt werden. So wählten die Therapeuten für Patienten mit **depressiven Störungen** zwar entsprechend der Hypothese häufiger Ziele aus dem Zielbereich „Bearbeitung biographisch relevanter Aspekte“, nicht jedoch aus den Bereichen intrapsychische Konflikte und Aspekte des Selbstwerts. Das Ergebnis, dass Therapieziele für Patienten mit depressiven Störungen relativ wenig spezifisch sind, bestätigt ähnliche Ergebnisse vergleichbarer Studien (Grosse-Holtforth, 2001; Grosse-Holtforth & Grawe, 2002; Heimberg, 2001).

Patienten mit **Angststörungen** erhielten in Übereinstimmung mit Hypothese 1 häufiger Ziele aus den Zielbereichen „Reduktion der spezifischen Symptomatik“ und „Vermittlung von Informationen über die Erkrankung“, nicht jedoch in den Zielbereichen „Bearbeitung intrapsychischer Aspekte“ und „Entwicklung des Selbst“. Für die Diagnosegruppe der **Anpassungsstörungen** wählten die Therapeuten entsprechend der Hypothese 1 häufiger Ziele aus den Zielbereichen „Bearbeiten biographisch relevanter Ereignisse“ sowie „Verbesserung der Stressbewältigung“. Bei Patienten mit einer **somatoformen Störung** wurden, entsprechend der Hypothese 1, bei den Therapeuten in einer häufigeren Auswahl von Zielen aus den Zielbereichen „Linderung vegetativer Beschwerden“, „Linderung von Schmerzen“ und „Vermittlung von Informationen über die Erkrankung“, nicht jedoch in dem Zielbereich „Verbesserung der Stressbewältigung“. Patienten, die an **Essstörungen** litten, erhielten von den Therapeuten lediglich in dem Zielbereich „Vermittlung von Informationen über die Erkrankung“ gemäß den Erwartungen in Hypothese 1 häufiger Ziele zugewiesen.

Zusätzlich formulierten die Therapeuten für diese Patientengruppe häufiger Ziele aus den Zielbereichen „Reduktion der spezifischen Symptomatik“, „Förderung der sozialen Kompetenz“, „Bearbeitung biographisch relevanter Ereignisse“, „Reduktion von Risikoverhalten / -faktoren“, „Vermittlung von Informationen über die Erkrankung“ sowie „Vermittlung von Methoden zum Abbau von Risikoverhalten“. Da der überwiegende Anteil an Patienten mit einer Essstörung in einer Klinik behandelt wurden (190 von insgesamt 286), ist die Generalisierbarkeit und Repräsentativität der Ergebnisse an dieser Stelle sicherlich mit Vorsicht zu bewerten. Sowohl der Modellgültigkeitstest wie auch das Ausmaß der Varianzaufklärung sprechen jedoch für die Gültigkeit und Aussagekraft des Modells. Der trotzdem noch beträchtliche Anteil an nicht aufgeklärter Varianz legt die Vermutung nahe, dass therapeutische Zielsetzungen und Diagnosen nur begrenzt assoziiert sind und weitere relevante Variablen, die wichtige Varianzquellen darstellen, nicht in dem Modell berücksichtigt werden.

Zusammenfassung der Ergebnisse zur Prüfung von Hypothese 2

Im Gegensatz zu Hypothese 1, in deren Zusammenhang zwei Therapeuteneinschätzungen miteinander verglichen wurden, fokussiert Hypothese 2 auf einen Vergleich der therapeutenseitigen Zielauswahl mit einer patientenseitigen Selbsteinschätzung der Symptombelastung in verschiedenen Bereichen und der psychisch bedingten Funktionseinschränkungen. Die Ergebnisse bezüglich Hypothese 2 zeigen, dass die Annahmen im Rahmen dieser Analysen nur zum Teil bestätigt werden können:

Die **erste Annahme**, dass im Bereich Depressivität höher belastete Patienten häufiger Ziele in dem Bereich „Reduktion der spezifischen Symptomatik“ von den Therapeuten zugewiesen bekommen, wird durch die Ergebnisse bestätigt. Patienten, die auf der depressionsspezifischen Skala der ADS-K höhere Werte aufweisen, erhalten mit signifikant höherer OR Ziele aus dem Zielbereich „Reduktion der spezifischen Symptomatik“ zugewiesen, da in diesem Zielbereich ein Schwerpunkt auf depressionsspezifischen Zielsetzungen liegt. Zudem wählen Therapeuten mit signifikant höherer OR Ziele aus den Zielbereichen „Verbesserung der Arbeitsfähigkeit“ und „Erarbeitung von Zukunftsperspektiven“ für Patienten, die einen höheren Depressionsscore aufweisen.

Die **zweite Annahme**, dass für Patienten, die auf der Skala „phobische Angst“ der SCL-14 hohe Werte aufweisen, vermehrt Therapieziele in den Zielbereichen „Reduktion der spezifischen Symptomatik“, „Vermittlung von Informationen über die Erkrankung“ sowie „Verbesserung der Stressbewältigung“ Ziele formuliert werden, konnte nur zum Teil bestätigt werden: So wurden von den Therapeuten zwar häufiger Therapieziele im Bereich der „Reduktion der spezifischen Symptomatik“ formuliert, nicht jedoch in den Zielbereichen „Vermittlung von Informationen über die Erkrankungen“ sowie „Verbesserung der Stressbewältigung“. Eine erhöhte OR zeigte sich jedoch zusätzlich in dem Bereich „Wiederherstellung/Erhalt der Arbeitsfähigkeit“.

Die **dritte Annahme**, dass für Patienten, die in der Skala „Somatisierung“ der SCL-14 hohe Werte aufweisen, vermehrt Therapieziele in den Zielbereichen „Reduktion der spezifischen Symptomatik“, „Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit“ sowie „Linderung von Schmerzen“ formuliert werden, konnte bestätigt werden.

Die **vierte Annahme**, dass für Patienten, die auf der Skala „selbstunsicher“ des IIP-25 höher belastet sind, die Therapeuten häufiger Ziele in den Zielbereichen „Förderung der sozialen Kompetenz“, „Bearbeitung von Problemen im interpersonellen Bereich“ und „Entwicklung des Selbst“ auswählen, konnte ebenfalls nur zum Teil bestätigt werden. Zwar wurden von den

Therapeuten die Zielbereiche „Förderung der sozialen Kompetenz“ sowie „Entwicklung des Selbst“ häufiger gewählt, nicht jedoch der Zielbereich „Bearbeitung von Problemen im interpersonellen Bereich“. Deutlich häufiger wurde zudem der Zielbereich „Vermittlung von Methoden zum Abbau von Risikoverhalten“ gewählt.

Die **fünfte Annahme**, dass für Patienten, die auf der „Psychischen Summenskala“ hoch belastet sind, häufiger aus den Zielbereichen „Reduktion der spezifischen Symptomatik“, „Wiederherstellung/Erhalt der Arbeitsfähigkeit“, „Bearbeitung von Problemen im interpersonellen Bereich“ und „Erarbeitung von Zukunftsperspektiven“ Therapieziele ausgewählt werden, konnte überwiegend bestätigt werden. Die Therapeuten häufiger Zielsetzungen innerhalb der Zielbereiche „Reduktion der spezifischen Symptomatik“, „Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit“ sowie „Erarbeitung von Zukunftsperspektiven“, nicht jedoch in dem Zielbereich „Bearbeitung von Problemen im interpersonellen Bereich“.

Es wird somit deutlich, dass das entwickelte Instrument hinreichend zwischen Patienten mit unterschiedlichen Belastungsschwerpunkten zu differenzieren vermag. Die Analysen zeigen, dass die von den Therapeuten formulierten Behandlungsziele zumindest teilweise von der jeweiligen Symptombelastung, sozialen Problembereichen und funktionellen Einschränkungen abhängig sind.

Die jeweiligen Modellgültigkeitstests (Model Fitting Information, Goodness-of-Fit) belegen bei allen fünf Annahmen, dass das gebildete Modell signifikant vom Nullmodell abweicht. Im Gegensatz dazu zeigt sich bei der Beurteilung der Modellrelevanz, dass die Varianzaufklärung des Modells mit lediglich bis zu 8% in einem sehr niedrigen Bereich liegt und die Interpretierbarkeit der Ergebnisse deutlich einschränkt. Als Ursachen kann möglicherweise die Gruppierung in höher bzw. geringer belastete Patienten anhand von Normen der Allgemeinbevölkerung angeführt werden. Dies kann zur Folge haben, dass sich die beiden Gruppen möglicherweise nicht sehr deutlich unterscheiden und sich dementsprechend in der Wahl ihrer Zielsetzungen nicht oder nur geringfügig unterscheiden. Ob Vergleiche von sich deutlicher unterscheidenden Extremgruppen von Patienten auch eine Erhöhung der Varianzaufklärung nach sich ziehen würde und die Modelle somit aussagekräftiger würden, kann Aufgabe zukünftiger Untersuchungen sein.

8.2.4 Aspekte der Zielerreichung

Um die therapeutenseitigen Einschätzungen am Ende der Behandlung zur Erreichung ihrer am Beginn ausgewählten Therapieziele übersichtlich analysieren zu können, wurde für jeden

der 21 Zielbereiche ein Score gebildet, der die Zielerreichung auf einer Skala von 1-5 abbildet. Die Skalenwerte sind somit unabhängig von der Art und Anzahl der in den Bereichen jeweils vorhandenen Unterziele und erlauben somit einen direkten Vergleich der Zielerreichung in verschiedenen Zielbereichen. Zusätzlich wurde ein Gesamtzielerreichungsscore berechnet, indem ein Mittelwert über alle gültigen Zielbereichsscores gebildet wurde.

Bezüglich der therapeutenseitigen Einschätzung der Zielerreichung zeigen die Ergebnisse, dass die Erreichung der Therapieziele insgesamt als positiv eingeschätzt wird. Der Mittelwert der Gesamtzielerreichung liegt bei 3.42, innerhalb der Zieldimensionen variiert die Zielerreichung zwischen 3.35 (psychosoziale Zieldimension) und 3.78 (edukative Zieldimension), innerhalb der Zielbereiche zwischen 3.1 („Bearbeitung intrapsychischer Aspekte“) und 4.0 („Vermittlung von Techniken zur Förderung von Gesundheitsverhalten“), auf der Ebene der Unterziele zwischen 2.9 („Verbesserung der Schmerzbewältigung“) und 4.0 („Psychische Stabilisierung / Erholung / Ruhe“). Die Überprüfung der Unterschiedlichkeit der Zielerreichung auf der Ebene der Zieldimensionen sowie der Zielbereich zeigt, dass sich die Zielscores jeweils signifikant mit mindestens kleiner Effektstärke voneinander unterscheiden. Die Annahme von Hypothese 3, dass die Therapieziele sich hinsichtlich ihrer Erreichbarkeit unterscheiden, kann somit bestätigt werden.

Die im Bezug auf die Anzahl der Therapieziele und deren Einfluss auf die Zielerreichung formulierte Hypothese 4 lässt sich nicht bestätigen. Es lässt sich nicht nachweisen, dass eine höhere Anzahl von Therapiezielen mit einer geringeren Zielerreichungseinschätzung einhergeht. Dies deckt sich mit Ergebnissen von Bergelt (2002) und deutet darauf hin, dass es, entgegengesetzt der ursprünglich für eine Restriktion der Therapiezielanzahl in der Instruktion des Instruments verantwortlichen Annahme, in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen möglich ist, eine größere Anzahl von Zielen zu verfolgen, ohne dabei das Therapieergebnis zu gefährden. Möglicherweise liegt dies an dem multiprofessionellen Behandlungsansatz, der in diesem Behandlungsrahmen angeboten wird, und dabei impliziert, dass in der Regel alle vier Zieldimensionen in der Therapiezielauswahl vertreten sind.

Die Annahme von Hypothese 5, dass die Gesamtzielerreichung wie auch die Zielerreichung in den jeweiligen Zielbereichen abhängig von zu Beginn erhobenen klinischen Variablen ist, kann mit Einschränkungen bestätigt werden. Es wurde angenommen, dass je größer der Schweregrad der Erkrankung, je geringer die Rehabilitationsmotivation und je größer das Ausmaß der psychopathologischen Symptomatik, desto geringer die Zielerreichung, weil sich

die Patienten aufgrund der höheren Belastungen weniger gut auf die Behandlungen einlassen können. Zusammenfassend erweisen sich als relevante Prädiktoren für eine höhere Zielerreichung eine höhere Motivation des Patienten, geringe körperlich bedingte Funktionseinschränkungen, ein geringerer therapeutenseitig eingeschätzter Schweregrad der Erkrankung sowie eine geringe Belastung auf der Skala „Somatisierung“ der SCL-14. Es kann also angenommen werden, dass sich derartige Patienten möglicherweise aufgrund einer geringeren Chronifizierung und eines folglich geringeren Belastungsgrades besser auf die Behandlung einlassen können und somit mehr von der Behandlung profitieren kann. Es zeigt sich also, dass verschiedene Faktoren zu Beginn der Behandlung einen signifikanten Einfluss auf das Ausmaß sowohl der Gesamtzielerreichung wie auch der Zielerreichung in den einzelnen Zielbereichen haben, jedoch sind die Zusammenhänge nur gering ausgeprägt. So wird in den einzelnen Modellen lediglich zwischen 5.1% und 23.6% der Varianz von der Zielerreichung in den 21 Zielbereichen erklärt. Der Anteil an erklärter Varianz liegt lediglich in zwei Zielbereichen („Vermittlung von Methoden zum Abbau von Risikoverhalten“ und „Verbesserung der Alltagsbewältigung“) über 20%. Für die Gesamtzielerreichung liegt der Anteil der durch die Prädiktoren erklärten Varianz bei 10.5% und liegt somit nach den Konventionen Cohens (1988) im mittleren Bereich und grenzt mit 23.6% für den Zielbereich „Vermittlung von Methoden zum Abbau von Risikoverhalten“ an die Grenze für große Effektstärken. Der Anteil unaufgeklärter Varianz kann einerseits durch den gleichzeitigen Einbezug von Selbst- und Fremdeinschätzungen erklärt werden, andererseits können Messprobleme zu einer Unterschätzung statistischer Zusammenhänge führen. So wurden beispielsweise die Variablen „Schwere der Erkrankung“ und „Rehabilitationsmotivation“ nicht durch Items erfasst, deren psychometrische Eigenschaften bereits überprüft wurden. Zudem wurden möglicherweise Variablen, die weitere Varianzquellen darstellen, in dem Modell nicht berücksichtigt.

Im Rahmen der Überprüfung der Hypothese 6 konnten vier der sechs Annahmen bestätigt werden. So ließ sich durch die Überprüfung der jeweiligen Produkt-Moment-Korrelationen zeigen, dass ein positiver Zusammenhang zwischen der Zielerreichung des Zielbereichs „Reduktion der spezifischen Symptomatik“ und der Prä-Post-Veränderung des Scores der ADS-K im Verlauf der Behandlung vorliegt. Ebenso korreliert die Zielerreichung der Zielbereiche „Förderung der sozialen Kompetenz“, „Bearbeitung interpersoneller Probleme“ und „Aspekte des Selbst“ signifikant positiv mit der Skala „selbstunsicher“ des IIP. Zudem lassen sich positive Zusammenhänge zwischen dem Score der psychischen Summenskala des SF-8 und der Zielerreichung auf der psychosozialen Zieldimension und insbesondere dem Zielbereich „Reduktion der spezifischen Symptomatik“ nachweisen, wie auch zwischen dem Score der

körperlichen Summenskala des SF-8 und dem Zielbereich „Verbesserung der Alltagsbewältigung“. Das heißt, dass ein positiver Zusammenhang zwischen dem von den Therapeuten eingeschätzten Grad der Zielerreichung und entsprechenden selbsteingeschätzten Ergebnisbereichen vorliegt. Je höher der Grad der Zielerreichung, desto größer ist die Veränderung in entsprechenden psychopathologischen Symptombereichen.

Zusätzlich zu den im Rahmen dieser Hypothese überprüften Annahmen lassen sich einige weitere Zusammenhänge mit den durch die standardisierten Verfahren erfassten Veränderungen nachweisen, die für die Validität der Zielerreichungsmessung mittels des PPZ-T sprechen. So zeigt sich, dass die Zielerreichungseinschätzungen der behandelnden Therapeuten zumindest teilweise die patientenseitigen Symptomveränderungen widerspiegeln. So lassen sich positive Zusammenhänge zwischen den Prä-Post-Mittelwertdifferenzen der ADS-K mit den Zielerreichungseinschätzungen insbesondere in den Zielbereichen der psychosozialen Zieldimension nachweisen, aber auch mit der Zielerreichungseinschätzung in den Zielbereichen anderer Zieldimensionen (z.B. „Linderung von Schmerzen“, „Bearbeitung von Problemen im interpersonellen Bereich“, „Verbesserung der Alltagsbewältigung“). Die Prä-Post-Mittelwertdifferenzen der Skala „Somatisierung“ hingegen korreliert positiv mit der Zielerreichung innerhalb des Zielbereichs „Verbesserung der Alltagsbewältigung“. Eine Reduzierung der Belastungen auf der Skala „selbstunsicher“ des IIP geht mit einer positiveren Zielerreichungseinschätzung insbesondere in den Zielbereichen „Reduktion der spezifischen Symptomatik“, „Bearbeitung emotionaler Aspekte“ sowie „Bearbeitung kognitiver Aspekte“ einher. Zusätzlich zu den in Hypothese 6 bestätigten Annahmen finden sich positive Zusammenhänge zwischen den Prä-Post-Differenzen der psychisch bedingten Funktionseinschränkungen gemessen mittels der psychischen Summenskala des SF-8 sowie den Zielbereichen der Zieldimension Aktivität / Partizipation. Ebenso zeigt sich ein positiver Zusammenhang zwischen den Prä-Post-Veränderungen der körperlich bedingten Funktionseinschränkungen (körperliche Summenskala, SF-8) und der Zielerreichung in dem Zielbereich „Verbesserung der Alltagsbewältigung“.

8.2.5 Methodische Einschränkungen

Einschränkungen bezüglich der Durchführung der Studie

Kritisch zu betrachtend ist, ob nicht im Gegensatz zu einer explizit getrennten Erhebung sowohl von Seiten der Therapeuten wie auch seitens der Patienten eine gemeinsame in Absprache getroffene Zieldefinition sinnvoller gewesen wäre, um so eine Prozessoptimierung

der Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen durch die Verwendung von Therapiezielen besser zu ermöglichen. Einige Studien (vgl. Kapitel 2.2.2) deuten darauf hin, dass eine gemeinsame Zieldefinition sich über eine erhöhte Motivation des Patienten positiv auf das Behandlungsergebnis auswirken (Long, 2001; Strauß & Burgmeier-Lohse, 1995; Tryon-Shick & Winograd, 2001; von Rad et al., 1994). Zudem ist es im Kontext routinemäßiger evaluativer Qualitätssicherungsmaßnahmen, in deren Kontext das Instrument entwickelt wurde, notwendig, bei zeitlich knappen Ressourcen möglichst ökonomisch und praktikable Verfahren zur Therapiezielerfassung zur Verfügung zu stellen. Auf weitere Nachteile von GAS-orientierten Verfahren wurde bereits in Kapitel 2.3.3 ausführlich hingewiesen.

Ein weiterer, das Studiendesign betreffender, kritisch zu betrachtender Punkt stellt die Datenerhebung zu Beginn und am Ende der Behandlung dar. Durch dieses Design ist eine Überprüfung der Stabilität der Ergebnisse zu einem späteren Zeitpunkt nach Entlassung aus der Klinik nicht möglich. Zwar werden im Rahmen der Studie auch katamnestische Daten erhoben, jedoch ist es im Versorgungssystem nicht vorgesehen, dass die Therapeuten ein halbes Jahr nach Beendigung der Therapie die Zielerreichung des Patienten erneut einschätzen, da hierfür wohl ein erneuter Kontakt mit dem Patienten nötig wäre. Somit müsste sich eine katamnestische Erhebung der Zielerreichung auf die Einschätzung durch die Patienten beschränken.

Ebenfalls nicht im Studiendesign integrierbar erwies sich die nochmalige Prüfung der Reliabilität des PPZ-T. Zwar wurde durch die retrospektive Zuordnung der aus den Entlassungsberichten extrahierten Zielsetzungen eine Analyse der Reliabilität des Kategoriensystems ermöglicht. Eine Reliabilitätsprüfung anhand prospektiv von den Therapeuten gewählten Therapiezielen steht jedoch noch aus und sollte in zukünftigen Studien realisiert werden.

Fragebogeninstruktionen / Auswertung

Im Rahmen der Erfassung der Zielsetzungen besteht laut Instruktion für den Therapeuten keine Möglichkeit, Veränderungen in den Therapiezielen im Laufe der Therapie zu erfassen. Dies hat einerseits den Nachteil, dass im Verlauf der Therapie möglicherweise tatsächlich stattgefundenen Zieländerungen durch das PPZ-T nicht erfasst werden können. Andererseits trägt dies zur Vereinfachung des Prozederes und der Auswertung bei, was wiederum in einer höheren Praktikabilität des Fragebogens niederschlägt.

Bezüglich der Vorgehensweise der Berechnung der jeweiligen Zielerreichungsscores kann angemerkt werden, dass durch die Gruppierung mehrerer Unterziele innerhalb eines Scores möglicherweise sehr unterschiedliche Zielerreichungen innerhalb eines Scores zusammenge-

fasst werden. So kann beispielsweise ein mittlerer Zielerreichungsscore sehr leicht und gleichzeitig sehr schwer erreichbare Ziele beinhalten. Dieses Problem wird durch eine höhere Abstraktionsebene, das heißt auf der Ebenen der Zieldimensionen und insbesondere auf der Ebene der Gesamtzielerreichung, noch verschärft. Dieses Vorgehen war insofern nötig, um ausreichend hohe Fallzahlen für die Analysen zu erhalten. Andernfalls wäre dieses aufgrund des Auswahlcharakters der Zielerfassung bei vielen eher selten gewählten Unterzielen schnell zum Problem geworden. Eine Aggregation der konkreten Zielsetzungen auf der Ebene der Zielbereiche hingegen ermöglicht, inhaltlich ähnliche Zielsetzungen zusammenzufassen und aggregiert auszuwerten. Dadurch werden viele der vorgenommenen Subgruppenanalysen erst ermöglicht.

Eine potentielle Variationsquelle in dem Prozedere besteht bezüglich des Zeitpunktes der Festlegung der Therapieziele. Die Instruktion in dem Fragebogen verlangt lediglich, dass die Zielauswahl des Therapeuten *zu Beginn* der psychotherapeutischen Behandlung erfolgen soll. Dies lässt offen, ob die Bearbeitung des PPZ-T durch den Therapeuten direkt nach dem Erstkontakt oder möglicherweise auch erst nach der diagnostischen Phase, also möglicherweise nach ein bis drei Sitzungen erfolgt ist. Sack et al. (1999) sind der Meinung, dass der günstigste Zeitpunkt einer Zielformulierung am Ende der diagnostischen Phase liegt. Caspar (1999) hingegen weist darauf hin, dass eine Voraussetzung für die Verwendung von Therapiezielen für eine Prä-Post-Messung ist, Therapiezielen zu Beginn einer Therapie zu definieren. Werden sie erst später definiert, geht ein Teil der zu Beginn möglicherweise stattfindenden Veränderungen in den Therapiezielen für die Messung verloren. Da jedoch durch das PPZ-T keine Erfassung von Zielveränderungen implementiert ist und zugleich Zielveränderungen nach dem Erstgespräch durch zusätzliche Informationen in der diagnostischen Phase zu erwarten sind, wird hier eine Klärung über eine restriktivere und genauere Instruktion zur Bearbeitung des PPZ-T angestrebt. Diese Instruktion soll die Erfassung der Therapieziele nach der diagnostischen Phase verlangen und wird in Kapitel 8.3 spezifiziert.

Generalisierbarkeit der Ergebnisse

Eine mögliche Einschränkung der Generalisierbarkeit der Ergebnisse kann aus der Stichprobenrekrutierung entstehen: Allerdings zeigen die Nonresponderanalysen, dass die Gruppe der QS-REHA-Teilnehmer hinsichtlich allgemeiner, soziodemographischer und klinischer Merkmale weitgehend repräsentativ für die Gesamtgruppe der ursprünglich Befragten ist. Signifikante Unterschiede mit mindestens kleiner Effektstärke zeigten sich lediglich in der fremdeingeschätzten Rehabilitationsmotivation zu Beginn der Behandlung: QS-REHA-

Teilnehmer werden als motivierter eingeschätzt. Dieses Ergebnis zeigte sich sowohl im Vergleich mit den Partial- als auch den Nonrespondern. Keine signifikanten Unterschiede ergaben sich zwischen Drop-Out-Patienten (Nonresponder und Partial-Nonresponder) und QS-REHA-Teilnehmer für Diagnosegruppen, Chronifizierung der Erkrankung und im Gesamtwert der somatischen Summenskala der SF-8. Bezogen auf die in den elf Kliniken behandelten Patienten ist somit eine repräsentative Stichprobe untersucht worden.

Ein weiteres mögliches Problem bei der Generalisierbarkeit der Ergebnisse stellt die Repräsentativität der Stichprobe für die insgesamt im Versorgungssystem der Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen behandelten Patienten dar. Die im Rahmen dieser Stichprobe behandelten Patienten sind im Durchschnitt 42.3 Jahre alt, 77% der Patienten sind Frauen, 38.1% der Patienten leiden an depressiven Störungen, 15.1% an Essstörungen sowie 13.2% an Anpassungsstörungen und 9% an einer Angststörung. Im Vergleich dazu sind die insgesamt im Jahr 2003 behandelten Patienten (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 2004) mit psychischen/psychosomatischen Störungen (ausgenommen Abhängigkeitserkrankungen) geringfügig jünger (40.4 Jahre), etwas weniger Frauen (66.1%), leiden etwas seltener an depressiven Störungen (36.6%), deutlich weniger häufig an Essstörungen (2.5%), seltener an Anpassungsstörungen (7.4%) und ähnlich häufig an Angststörungen (10.7%). Insbesondere der deutlich höhere Anteil an Patienten mit Essstörungen in der hier untersuchten Stichprobe führt hier möglicherweise zu Einschränkungen der Generalisierbarkeit. Eine Überprüfung der Ergebnisse an einer weiteren möglichst unselektierten Klinikstichprobe wäre demzufolge wünschenswert.

Vor dem Hintergrund der Frage der Generalisierbarkeit der Ergebnisse stellt sich zudem die Frage der Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Versorgungsbereiche, insbesondere auf den Bereich der Rehabilitation von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen, das akut-stationäre wie auch das ambulante Setting.

Bezüglich der Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf den Bereich der (stationären wie auch ambulanten) Rehabilitation von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen ist festzuhalten, dass im Rahmen der Entwicklung des Kategoriensystems suchtspezifischer Zielsetzungen einbezogen wurden, was sich bei der Entwicklung des Kategoriensystems an beteiligten Stichprobe von 193 Patienten mit Suchterkrankungen (vgl. Kapitel 5.2.4) zeigt. So beinhaltet das PPZ-T unter anderem die Zielbereiche „Vermittlung von Methoden zum Abbau von Risikoverhalten“ sowie „Reduktion von Risikoverhalten / -faktoren“. Damit ist eine Verwendung des PPZ-T für den Bereich der Abhängigkeitserkrankungen prinzipiell denkbar, es ist

jedoch wahrscheinlich, dass einerseits suchtspezifische Zielsetzungen für eine ausschließliche Verwendung des PPZ-T im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen zu unspezifisch, andererseits spezifisch psychotherapeutische Zielsetzungen für den Suchtbereich überdifferenziert erfasst werden. Somit müssten vor einer Anwendung des PPZ-T im Suchtbereich zunächst insbesondere die Verteilungseigenschaften und Vollständigkeit des PPZ-T anhand einer Stichprobe von Suchtpatienten analysiert und das Instrument gegebenenfalls modifiziert werden. Da in der Stichprobe zur Überprüfung des PPZ-T nur sehr wenige Patienten mit einer komorbiden Abhängigkeitsstörung enthalten sind, ist eine Generalisierung der Ergebnisse für den Bereich der stationären Rehabilitation von Suchterkrankungen nicht gegeben.

Im Hinblick auf die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf das akut-stationäre Setting ist zu prüfen, inwieweit sich die beiden Versorgungsbereiche unterscheiden. Zwar gibt es einen Mangel an empirischen Befunden hierzu, eine Expertise von Schulz und Koch (2002b) kommt jedoch zu dem Ergebnis, dass die bisher zur Verfügung stehenden Daten auf große Überschneidungen der beiden Versorgungsbereiche hinweisen (vgl. Watzke, 2002). Somit erscheint eine Übertragbarkeit der Ergebnisse wie auch eine Anwendung des PPZ-T grundsätzlich als möglich, jedoch müsste dieses in empirischen Studien innerhalb des akut-stationären Versorgungsbereichs erst geprüft werden.

Ein Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf den ambulanten Bereich scheint nicht gegeben. Hierfür können verschiedene Gründe vorgebracht werden: Zunächst ist aufgrund der theoretischen wie auch empirischen Grundlagen der Entwicklung des Kategoriensystems wie auch des darauf basierenden PPZ-T ein beabsichtigt spezifisches, die multiprofessionellen Zielsetzungen innerhalb des rehabilitativen Versorgungsbereichs möglichst genau abbildendes Instrumentarium entstanden. So erscheint z.B. der Bereich der somatischen Zieldimension im Bereich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung möglicherweise nur schwer in das Behandlungskonzept integrierbar, welcher jedoch im stationären rehabilitativen Setting einen Schwerpunkt der Behandlung darstellt. Ähnliches gilt für die Zielbereiche innerhalb der Zieldimension Aktivität / Partizipation und hier insbesondere für den Bereich der Wiederherstellung und dem Erhalt der Arbeitsfähigkeit. Diese Bereiche stellen für eine rehabilitative Versorgung eine gesetzlich vorgeschriebene Zielsetzung der Behandlung, während es im ambulanten Bereich diesen expliziten gesetzlichen Auftrag nicht gibt. Hinzu kommt, dass einige Befunde nahe legen, dass sich die in den beiden Versorgungsbereichen behandelten Patientenpopulationen in zentralen klinischen Dimensionen unterscheiden. Patienten im stationären Setting sind höher belastet, haben eine längere Erkrankungsdauer und einen niedrige-

ren Ausbildungsstand als ambulante Patienten (Huber et al., 2002; von Rad et al., 1994, zitiert nach Watzke, 2002).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Generalisierung der Ergebnisse auf die Gesamtpopulation der innerhalb des Versorgungsbereichs der Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen wie auch der Akutbehandlung von Patienten mit psychischen Störungen mit den eben diskutierten Begrenzungen möglich erscheint. Eine Übertragbarkeit auf den ambulanten Bereich erscheint auf der Grundlage der aktuellen Daten nicht praktikabel. Dies war jedoch auch vor dem Hintergrund der Versorgungsspezifität des entwickelten und eingesetzten Instruments nicht beabsichtigt.

8.2.6 Zusammenfassung

Auf der Basis der Ergebnisse der durchgeführten Analysen kann geschlussfolgert werden, dass das PPZ-T die hier überprüften Kriterien hinreichend erfüllt. Bis auf den hohen Anteil an Essstörungen scheint die Stichprobe weitgehend repräsentativ für den Bereich der Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen zu sein. Das System kann als verständlich und vollständig und somit praktikabel bezeichnet werden, der Range der Itemschwierigkeiten wie auch die Iteminterkorrelationen ist befriedigend. Ebenso konnte die im Rahmen einer Analyse der Beurteilerübereinstimmung die Interrater-Reliabilität des zugrundeliegenden Kategoriensystems belegt werden. Die Ergebnisse der Validitätsprüfung zeigen, dass Unterschiede in den Zielsetzungen zwischen diagnostischen Gruppen und Patienten mit unterschiedlichen Symptombelastungen oder funktionellen Einschränkungen gut abgebildet werden. Die in den Analysen aufgezeigten Schwachstellen des Instruments werden in Kapitel 8.3 aufgegriffen und in einer modifizierten Version des Instruments berücksichtigt.

8.3 Vorschläge für eine Weiterentwicklung des Fragebogens

Eine auf der Grundlage der vorliegenden Analysen revidierte Version des PPZ-T findet sich im Anhang 13.6. Entsprechend den Ergebnissen der dargestellten Analysen werden folgende Änderungen vorgeschlagen:

Änderungen aufgrund der Häufigkeit der Therapieziele

Um zu verhindern, dass aufgrund der lediglich graphisch dargestellten hierarchischen Struktur der beiden konkretesten Therapiezielebenen innerhalb der 21 Zielbereiche Zielsetzungen als Folge der Zuordnung zu einem übergeordneten Zielbereich gewählt werden, wird diese rein graphische Aufteilung aufgegeben. Einige übergeordnete Kategorien werden dadurch redun-

dant, da diese durch die untergeordneten Kategorien hinreichend abgebildet werden. Die so aus dem PPZ-T entfernten Therapieziele sind im Folgenden aufgelistet:

- Verbesserung der Differenzierung und Wahrnehmung von Emotionen
- Verbesserung der Integrationsfähigkeit
- Verbesserung von selbstbehauptenden Fähigkeiten
- Reduzierung / Abstinenz von Suchtmittelgebrauch

Eine Kategorie erforderte eine Umformulierung, um sie so gegenüber den bisher untergeordneten Kategorien besser abzugrenzen:

- So wird die Kategorie „Motivierung für Nachsorgemaßnahmen“ in „Motivierung für sonstige Nachsorgemaßnahmen“ umformuliert.

Diese Veränderung erfordert zudem eine Anpassung der einleitenden Instruktion, welche in Anhang 13.6 dargestellt wird.

Änderungen aufgrund der Verteilung der Therapieziele innerhalb der 21 Zielbereiche

Lediglich der Zielbereiche „Vermittlung von Methoden zum Abbau von Risikoverhalten“ lag unter der Grenze von 5%, da sich dieser Zielbereich jedoch explizit auf die in der vorliegenden Stichprobe nicht erfasste Gruppe von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen bezieht, wird dieser Zielbereich im PPZ-T belassen.

Änderungen aufgrund der Ergebnisse der Verständlichkeitsprüfung

Da sich in den Analysen zeigte, dass insbesondere die Instruktion des PPZ-T, ihre Zielsetzungen aus nicht mehr als fünf Zielbereichen auszuwählen, von einem substantiellen Anteil der Therapeuten (21.7%) nicht eingehalten wurde, wird in der revidierten Version des PPZ-T auf eine Begrenzung der Zielbereiche verzichtet. Die Instruktion wird nun lediglich darauf hinweisen, dass mindestens ein Ziel (und somit auch ein Zielbereich) ausgewählt werden soll. Da dieser Teil der Instruktion noch weiteren Änderungen unterworfen ist, wird der resultierende Wortlaut der Instruktion zusammen mit den andere Veränderungen in Anhang 13.6 dargestellt.

Änderung aufgrund der Ergebnisse der Vollständigkeitsprüfung

Aufgrund der sehr geringen Anzahl von zusätzlich formulierten Zielsetzungen durch die Therapeuten wird zum einem das System zur Angabe von Zusatzzielen verändert. Die Leerzeilen in den einzelnen Zielbereichen werden entfernt, zusätzliche Ziele können dementsprechend nur noch am Ende jeder der vier Zieldimensionen hinzugefügt werden. Die daraus

notwendig werdende Anpassung der Instruktion findet sich in Anhang 13.6. Zum anderen wird aufgrund der häufigeren Nennung das Therapieziel „Reduktion der Zwangssymptomatik“ in das PPZ-T integriert.

Änderungen aufgrund der Ergebnisse der Itemschwierigkeitsprüfung

Im Folgenden sind diejenigen 24 Therapieziele aufgelistet, die aufgrund zu seltener Selektion durch die Therapeuten (in weniger als 5% der Fälle ausgewählt) aus dem PPZ-T entfernt wurden:

- Verbesserung der Problemlösefähigkeiten
- Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit
- Verbesserung der Anpassungs- und Kooperationsfähigkeit
- Erarbeitung einer Krankheitseinsicht
- Zielklärung
- Steigerung der Beweglichkeit / Muskelkoordination
- Kräftigung der Rückenmuskulatur
- Verbesserung von Störungen des Herz-Kreislaufsystems (z.B. Blutdruckoptimierung)
- Linderung von Beschwerden des Gastrointestinaltrakts
- Linderung von Gelenkbeschwerden
- Linderung von Kopfschmerzen
- Nikotinreduktion / Abstinenz
- Verbesserung der Stoffwechselfparameter (z.B. Blutzucker)
- Normalisierung der Cholesterinwerte
- Verbesserung der Leberwerte
- Erlernen von Methoden zur Reduktion von Genussmittelkonsum (z.B. Nichtrauchertraining)
- Erlernen rückschonender Haltungen und Bewegungen
- Erlernen krankengymnastischer Übungen
- Erwerb von Kenntnissen über krankheitsgerechte / gesunde Ernährung (z.B. Ernährungsberatung)
- Steigerung der beruflichen Leistungsfähigkeit
- Durchführung einer Arbeitsbelastungserprobung
- Verbesserung des beruflichen Leistungsvermögens
- Reduktion der Tinnitus-symptomatik

- Verbesserung der finanziellen Situation

Folgende Zielformulierungen wurden zwar für weniger als 5% der Patienten ausgewählt, verbleiben jedoch auf aufgrund der Spezifika der vorliegenden Stichprobe (wenig anorektische Erkrankungen, wenig Abhängigkeitserkrankungen) in dem Fragebogen:

- Gewichtszunahme
- Alkoholreduktion / Abstinenz
- Reduktion der Medikamentenabhängigkeit
- Erlernen von Methoden zur Reduktion von Drogenkonsum
- Motivierung zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe
- Erlernen von Methoden zur Rückfallprävention

Als Folge dieser Kürzungen wurden insgesamt vier Zielbereiche (Bearbeitung kognitiver Aspekte, Linderung vegetativer Beschwerden, Vermittlung von Techniken zur Förderung von Gesundheitsverhalten, Verbesserung der Alltagsbewältigung) aufgelöst, da entweder nur noch eine (Lockerung der muskulären Anspannung, kognitive Umstrukturierung) oder gar keine konkreten Zielformulierung mehr in dem jeweiligen Zielbereich enthalten waren. Sowohl die vier Zielbereiche wie auch die zwei verbleibenden konkreten Zielsetzungen wurden in der jeweiligen Zieldimension innerhalb der Kategorie „Sonstige“ subsummiert.

Änderungen aufgrund der Ergebnisse der Interkorrelationsprüfung

Lediglich bei vier Itempaaren treten Korrelationen von $r > .6$ auf. Folgende Veränderung erscheinen hier sinnvoll:

- Die Therapieziele „Analyse von symptomauslösenden Bedingungen“ sowie „Analyse von symptomaufrechterhaltenden Bedingungen“ werden zu einem Therapieziel mit dem Wortlauf „Analyse von symptomauslösenden und -aufrechterhaltenden Bedingungen“ zusammengefasst.

Im Hinblick auf die 16 Iteminterkorrelationen zwischen .5 und .6 ergaben sich folgende Modifikationen:

- Die Therapieziele „Antriebssteigerung“ und „Aktivitätssteigerung“ werden zusammengeführt zu „Aktivitäts- und Antriebssteigerung“.
- Die Therapieziele „Verbesserung der Wahrnehmung eigener Emotionen“ und „Verbesserung der Wahrnehmung von Emotionen anderer“ werden zusammengeführt zu „Verbesserung der Wahrnehmung von Emotionen“.

- Das Therapieziel „Abbau der Selbstüberforderungstendenzen / Perfektionismus“ wird umformuliert in „Abbau von übertriebenen Perfektionismus“, um so eine besser Abgrenzung gegenüber dem Therapieziel „Wahrnehmung und Akzeptanz von Belastungsgrenzen“ zu gewährleisten.
- Eine bessere Abgrenzung des Therapieziels „Motivierung für Nachsorgemaßnahmen“ gegenüber dem Ziel „Motivierung für ambulante Psychotherapie“ wird durch die schon oben beschriebenen Umformulierung in „Motivierung für sonstige Nachsorgemaßnahmen“ beabsichtigt.
- Das Therapieziel „Linderung von Schmerzen im Bewegungsapparat“ wird umformuliert in „Linderung von Schmerzen im sonstigen Bewegungsapparat“, um eine bessere Abgrenzung gegenüber „Linderung von Schmerzen / Beschwerden im Wirbelsäulenbereich“ zu erhalten.
- Das Therapieziel „Verbesserung des Ernährungszustandes“ entfällt aufgrund der hohen Korrelation mit dem Item „Gewichtsreduktion“, zudem wegen der Veränderung aufgrund der Häufigkeit von Therapiezielen (s.o.).

Sonstige Veränderungen

Veränderungen der Instruktion

Zusätzlich zu den schon aufgeführten Veränderungen in der Instruktion soll außerdem der Zeitpunkt der Zielfestlegung genauer spezifiziert werden. So sollen die Ziele nun nicht mehr „zu Beginn“ sondern „nach Abschluss der diagnostischen Phase“ festgesetzt werden. Dieses Vorgehen wird insbesondere deswegen gewählt, da durch das PPZ-T keine Zielveränderungen erfasst werden können und somit eine Zielfestlegung am Ende der diagnostischen Phase stabilere Zielfestlegungen erwarten lässt. Zukünftig soll in einer veränderten Instruktion auf den „ersten Schritt“ (explizite Auswahl von Zielbereichen) der Bearbeitung des PPZ-T verzichtet werden (vgl. Anhang 13.6). Dies geschieht in Übereinstimmung mit Veränderungen in der Möglichkeit, Zielbereiche auszuwählen (siehe unten). Zusätzlich wird auf die Möglichkeit, am Ende des Fragebogens Anmerkungen anfügen zu können, verzichtet, da in der ersten Version von den Therapeuten hiervon kaum (insgesamt 35 mal) Gebrauch gemacht wurde.

Veränderungen des gestuften Vorgehens bei der Zielauswahl

In der revidierten Version des PPZ-T soll auf den ersten Schritt der Auswahl von Therapiezielen verzichtet werden. So sollen die Therapeuten bei der neuen Vorgehensweise nicht mehr die Möglichkeit haben explizit Zielbereiche auszuwählen, sondern nur noch implizit über die Wahl der innerhalb des Zielbereichs gruppierten Zielsetzungen. Ein Verzicht auf diese Mög-

lichkeit erscheint aus mehreren Gründen sinnvoll: Zunächst ist es auch in der alten Version für die Therapeuten nicht möglich, Zielerreichungseinschätzungen auf der Ebene der Zielbereiche abzugeben, wodurch eine explizite Notwendigkeit der Kennzeichnung der Auswahl entfällt. Des Weiteren wird durch den Verzicht einer Begrenzung der Anzahl der Zielbereiche zusätzlich eine mögliche Fehlerquelle (vgl. Kapitel 7.3.3.1) eliminiert.

8.4 Zusammenfassende Bewertung und Ausblick

Von theoretischer Seite wird seit längerem eine systematische Erfassung von Therapiezielen und als Folge eine Bewertung des Grades der Zielerreichung gefordert (Kanfer et al., 2000; Kazdin, 1999). Diese Forderung nach einer Fokussierung der Behandlung auf bestimmte therapeutische Zielsetzungen wurde durch knapper werdende finanzielle Ressourcen gerade in den letzten Jahren noch verstärkt, womit die Frage nach der Erfassung von Therapiezielen und Maßnahmen, die nötig sind, um diese Ziele zu erreichen, immer mehr in den Mittelpunkt rückte (Ambühl & Strauß, 1999). Insbesondere im Rahmen von Outcomemessungen im Bereich der Psychotherapie wird der Verwendung von Therapiezielen somit eine große Rolle zugeschrieben, da hier, im Gegensatz zu einer generischen Outcomeerfassung, eine individualisierte Messung entsprechend den Problembereichen des Patienten möglich wird (Gerdes, Bengel et al., 2000; Grosse-Holtforth & Grawe, 2002; Senf & Broda, 2000; Stieglitz & Baumann, 1994). Bis auf wenige Ausnahmen (Heuft & Senf, 1998; Schmidt et al., 2003) besteht insbesondere für den Bereich der stationären Psychotherapie bezüglich der Verwendung von Therapiezielen zur Behandlungsstrukturierung und Evaluation noch ein Mangel (Gerdes, 1997). Vor diesem Hintergrund in den letzten Jahren unter anderem Forderungen nach einer stärkeren Zielorientierung lauter, einerseits um dem Anspruch einer stärkeren Ergebnisorientierung gerecht zu werden und andererseits die Behandlung stärker den individuellen Bedürfnissen der Patienten anzupassen (Bengel & Jäckel, 2000; Vogel et al., 1994). Hierzu ist es zunächst erforderlich, ein Verfahren zu konstruieren, welches Therapieziele erfasst, um diese dann in einem zweiten Schritt hinsichtlich der Zielerreichung überprüfen zu können. In der bisherigen Forschung lassen sich zwei grundlegende Vorgehensweisen bei der Erfassung von Therapiezielen unterscheiden: einerseits eine eher individualisierte Zielerfassung, in der für jeden Patienten eine spezifische, für die jeweiligen Problembereiche angemessene therapeutische Zielsetzung neu formuliert wird. Andererseits werden zunehmend auf Systematisierungen von Therapiezielen aufbauende standardisierte Zielerfassungssysteme entwickelt, wie z.B. das Berner Inventar für Therapieziele (Grosse-Holtforth & Grawe, 2002). Eine derartige standardisierte Erfassung von Therapiezielen kann in vielerlei Hinsicht von Vorteil sein. So

wird der Vergleich zwischen verschiedenen Patientengruppen möglich, vor allem in Bezug auf die für den jeweiligen Patienten relevanten Outcomeparameter (Gerdes, Bengel et al., 2000; Kazdin, 1999; Kazdin, 2001). Eine standardisierte Zielerfassung bietet darüber hinaus bessere Voraussetzungen für Therapievergleiche und Vergleiche mit alternativen Programmen oder Standards und kann so zu einer Optimierung individueller therapeutischer Interventionen beitragen (Schulz & Koch, 2002a). Schließlich ist eine standardisierte Zielerfassung insbesondere im Rahmen der Implementation routinemäßiger qualitätssichernder Maßnahmen im Vergleich zu individuell zu formulierenden Therapiezielen ökonomischer (Schmidt et al., 2003).

Die vorliegende Studie basiert auf den Behandlungszielen von Therapeuten. Ziel der Entwicklung des PPZ-T war, ein praktikables, reliables und valides Instrument zur standardisierten Erfassung von therapeutenseitigen Therapiezielen sowie deren Erreichung zu erhalten. Der Fragebogen soll den Prozess der Zieldefinition im Verlaufe einer psychotherapeutischen Behandlung unterstützen und eine zielorientierte Messung des Therapieerfolgs ermöglichen.

Die Entwicklung des Instruments erfolgte zunächst durch eine Erhebung der innerhalb von Therapien verwendeten und von den Therapeuten in den Entlassungsberichten dokumentierten Zielformulierungen, die dann systematisch zusammengefasst und schließlich nach bestimmten Kriterien geordnet wurden. So entstand in einem ersten Schritt ein Kategoriensystem, welches es ermöglicht, die Zielformulierungen der Therapeuten innerhalb von vier Zieldimensionen (psycho-sozial, somatisch, edukativ, Aktivität / Partizipation) hierarchisch auf drei Ebenen zu gliedern. Die niedrigste Ebene stellt die konkreten Therapiezielformulierungen dar, die mittlere Hierarchieebene bilden die Unterkategorien und die oberste Hierarchieebene wird durch Hauptkategorien gebildet. Dadurch entstanden innerhalb der vier Dimensionen insgesamt 147 verschiedene Codierungsmöglichkeiten auf drei Abstraktionsebenen: 21 Hauptkategorien, 87 Kategorien und 39 Unterkategorien. Diese Taxonomie von Therapiezielen wurde dann als Grundlage für die Entwicklung sowohl des PPZ-T, wie auch des PPZ-P verwendet. Über mehrere Entwicklungsschritte hinweg ist somit ein Profil psychotherapeutischer Zielsetzungen entstanden, welches sowohl in einer Patienten- wie auch Therapeutenversion vorliegt. Da jedoch auch im Laufe der Entwicklung der Schwerpunkt auf die therapeutenseitige Zielerfassung gelegt wurde, bezogen sich die dargestellten Analysen jeweils auf die Therapeutenversion. Ein vergleichbares Vorgehen wie in der vorliegenden Studie ist für die Überprüfung des Patientenbogens somit noch zu leisten.

Das PPZ-T wie auch das zugrundeliegende Kategoriensystem erfüllen weitgehend die überprüften Gütekriterien. So zeigte sich, dass Therapieziele anhand des Kategoriensystems reliabel und valide kodierbar sind. Eine erste Anwendung des PPZ-T verdeutlichte, dass auch die Erfassung von Therapiezielen durch die Therapeuten zu Behandlungsbeginn und deren Erreichung am Ende der Behandlung den Kriterien der Praktikabilität wie auch Validität genügen.

Die dennoch in den Analysen deutlich gewordenen Schwachstellen wurden in einer revidierten Fassung durch entsprechende Veränderungen berücksichtigt. Diese Revision stellt somit den aktuellen Entwicklungsstand dieser Arbeit dar und sollte, auch aufgrund der vorgenommenen Änderungen, in zukünftigen Untersuchungen erneut kritischen Prüfungen, insbesondere hinsichtlich der psychometrischen Eigenschaften, unterzogen werden. Wünschenswert wäre dabei eine Prüfung der Interrater-Reliabilität durch zwei voneinander unabhängigen Therapeuten. Ein derartiges Vorgehen war aufgrund des hierfür notwendigen aufwändigen Studiendesigns im Rahmen der routinemäßigen Erhebung des Qualitätssicherungsprogramm nicht durchführbar. Mittels dieses Vorgehens würde zudem eine bisher noch nicht erfolgte Prüfung der Reliabilität der Zielerreichungsmessung ermöglicht werden. Zur besseren Beurteilung der Zielerreichungseinschätzung im Vergleich zur standardisierten Outcomemessung sind zudem weitere Anstrengungen nötig, insbesondere der Vergleich mit anderen therapeutenseitig erhobenen Veränderungsmaßen.

In weiteren Studien müsste Praktikabilität, Reliabilität und Validität sowohl der Zielauswahl wie auch der Zielerreichung an einer Stichprobe untersucht werden, welche die bisher nicht berücksichtigten Patientengruppen beinhaltet. Insbesondere ist hier die Gruppe der Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen zu nennen, aber auch die Gruppe der Zwangspatienten.

Im Sinne einer Prüfung der Übertragbarkeit des Fragebogens auf andere Versorgungsbereiche ist insbesondere die Möglichkeit der Anwendung des PPZ-T im akut-stationären Settings (psychosomatisch und psychiatrische Krankenhausbehandlung) zu prüfen.

Die vorangegangenen Kapitel erläuterten zunächst die Bedeutung von Therapiezielen für den Therapieprozess wie auch für Erfolgsbeurteilungen von psychotherapeutischen Behandlungen. Dabei wurde deutlich, dass die Kenntnis von Therapiezielen unter anderem im Rahmen der differentiellen Indikation, der Behandlungsplanung und einer erfolgreichen, motivierten Teilnahme des Patienten an der psychotherapeutischen Behandlung einen wichtigen Beitrag leisten kann. Dass ein stärker zielorientiertes Vorgehen den Erfolg einer Behandlung positiv beeinflussen kann, sollte und konnte aufgrund des Studiendesigns nicht im Rahmen dieser Untersuchung überprüft werden. Diese ist Aufgabe zukünftiger Forschungen. Ebenso bleibt

zu prüfen, ob die Kenntnis der therapeutenseitigen Zielsetzungen für eine differentielle Indikationsstellung zu verschiedenen Behandlungskonzepten (verhaltenstherapeutisch, tiefenpsychologisch) verwendbar ist. Erste Hinweise dafür können aus den dargestellten Ergebnissen der Überprüfung des Kategoriensystems entnommen werden. Aufgrund der erwähnten Einschränkungen des Studiendesigns sollte in einem nächsten Schritt untersucht werden, ob sich die gefundenen Unterschiede zwischen den verschiedenen Therapierichtungen auch bei der prospektiven Erhebung von Therapiezielen mittels des PPZ-T finden lassen.

Da das PPZ-T auf die Möglichkeit der Erfassung von Zielveränderungen verzichtet, sollte in einer Untersuchung durch Befragungen von Therapeuten geprüft werden, ob sich in diesen kürzeren stationären Behandlungszeiträumen Zielveränderungen ergeben und falls ja, wie häufig dies geschieht.

9 Zusammenfassung

Im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit steht die Entwicklung und Überprüfung eines Systems zur Erfassung von Therapiezielen und deren Zielerreichung in der Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen. Neben einem empirischen Entwicklungsprozess wird ein Schwerpunkt auf die psychometrische Überprüfungen der therapeuten- seitigen Zielauswahl und Zielerreichungseinschätzung gelegt. Ziel der Studie ist, ein praktisches, reliables und valides Instrument zur standardisierten Erfassung von therapeuten- wie auch patientenseitigen Therapiezielen sowie deren Erreichung zu erhalten. Das Instrument soll den Prozess der Zieldefinition im Verlaufe einer psychotherapeutischen Behandlung unterstützen und eine zielorientierte Messung des Therapieerfolgs ermöglichen.

Die Entwicklung des Instruments erfolgt zunächst durch eine Erhebung der innerhalb von stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen verwendeten und von den Therapeuten in 1192 Entlassungsberichten dokumentierten 7157 Zielformulierungen, die dann systematisch zusammengefasst und schließlich nach bestimmten Kriterien geordnet werden. So entsteht in einem ersten Schritt ein Kategoriensystem, welches es ermöglicht, die Zielformulierungen der Therapeuten innerhalb von vier Zieldimensionen hierarchisch auf drei Ebenen zu gliedern. Das Kategoriensystem weist im Rahmen der psychometrischen Überprüfung zufriedenstellende Ergebnisse hinsichtlich Validität und Reliabilität auf.

Diese Taxonomie von Therapiezielen wird dann als Grundlange für die Entwicklung sowohl eines Therapeuten- wie auch Patientenbogens verwendet. Die anschließende psychometrische Überprüfung des Therapeutenbogens im Rahmen einer längsschnittlich angelegten Evaluationsstudie an einer Stichprobe von 1905 Patienten verdeutlicht, dass die Erfassung von Therapiezielen durch die Therapeuten zu Behandlungsbeginn und deren Zielerreichungseinschätzung am Ende der Behandlung den Kriterien der Praktikabilität wie auch Validität genügen. Untergruppenanalysen zeigen, dass die Therapeuten in Abhängigkeit von den Variablen Diagnose, Symptombelastung und funktionelle Einschränkung signifikant unterschiedliche Schwerpunkte bei der Zielauswahl setzen. Die Zielerreichungseinschätzungen der Therapeuten am Ende der Behandlung sind von zu Beginn erhobenen klinischen Variablen wie beispielsweise Motivation und Schweregrad der psychopathologischen Symptomatik abhängig.

Auf der Grundlage der durchgeführten Analysen wird abschließend eine optimierte Version des Therapeutenbogens entwickelt.

10 Literaturverzeichnis

- Alexa, M. & Zuell, C. (2000). A review of software for text analysis. *Zuma Nachrichten*, 6.
- Ambühl, H. (1994). Internationale Studie zur Entwicklung der Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen. Ein Forschungsprojekt des "Collaborative Research Network" (CRN). *Psychotherapeut*, 39, 336-338.
- Ambühl, H. & Orlinsky, D. (1999). Therapieziele aus der Perspektive der PsychotherapeutInnen. In H. Ambühl & B. Strauß (Hrsg.), *Therapieziele* (S. 319-334). Göttingen: Hogrefe.
- Ambühl, H., Orlinsky, D., Cierpka, M., Buchheim, P., Meyerberg, J. & Willutzki, U. (1995). Zur Entwicklung der theoretischen Orientierung von PsychotherapeutInnen. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 45(3-4), 109-120.
- Ambühl, H., Orlinsky, D. & SPR Collaborative Research Network. (1997). Zum Einfluss der theoretischen Orientierung auf die psychotherapeutische Praxis. *Psychotherapeut*, 42, 290-298.
- Ambühl, H. & Strauß, B. (1999). Therapieziele. Ein "dunkles Kapitel" der Psychotherapieforschung? In H. Ambühl & B. Strauß (Hrsg.), *Therapieziele*. Göttingen: Hogrefe.
- Amelang, M. & Zielinski, W. (1997). *Psychologische Diagnostik und Intervention*. Berlin: Springer.
- American Psychiatric Association. (2002). *Quick reference to the practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders: Compendium 2002*: American Psychiatric Publishing.
- Arnou, B. & Castonguay, L. (1996). Treatment goals and strategies of cognitive-behavioral and psychodynamic therapists: A naturalistic investigation. *Journal of Psychotherapy Integration*, 6(4), 333-347.
- Asendorpf, J. & Wallbott, G. (1979). Maße der Beobachterübereinstimmung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 10, 243-252.
- Austin, J. T. & Vancouver, J. B. (1996). Goal constructs in psychology: Structure, process, and content. *Psychological Bulletin*, 120(3), 338-375.
- Bandura, A. (1989). Self-regulation of motivation and action through internal standards and goal systems. In L. A. Pervin (Hrsg.), *Goal concepts in personality and social psychology* (S. 19-85). Hillsdale, New Jersey; Hove; London: Lawrence Erlbaum Associates.

- Bastine, R. (1981). Adaptive Indikationen in der zielorientierten Psychologie. In U. Baumann (Hrsg.), *Indikation zur Psychotherapie* (S. 158-168). München: Urban & Schwarzenberg.
- Bastine, R. (1992a). Psychotherapie. In R. Bastine (Hrsg.), *Klinische Psychologie* (Band 2, S. 179-301). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bastine, R. (1992b). Werte, Normen und Ziele in der Psychotherapieforschung. In W. J. Schraml & U. Baumann (Hrsg.), *Klinische Psychologie* (Band 1, S. 226-233). Bern: Huber.
- Battle, C. C., Imber, S. D., Hoehn-Saric, R., Nash, E. R. & Frank, J. D. (1966). Target complaints as criteria of improvement. *American Journal of Psychotherapy*, 20(1), 184-192.
- Bengel, J., Bührlen-Armstrong, B., Gerdes, N., Herdt, J., Jäckel, W. H., Löschmann, C., et al. (1998). Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Freiburg/Bad Säckingen. *Die Rehabilitation*, 37(Supplement 2), 78-83.
- Bengel, J. & Jäckel, W. H. (Hrsg.). (2000). *Zielorientierung in der Rehabilitation*. Regensburg: S. Roderer.
- Bengel, J., Nübling, R. & Schmidt, J. (1998). Psychosocial treatment in in-patient cardiac and orthopaedic rehabilitation. *DRV-Schriften, Band 10*, 636-637.
- Bergelt, C. (2002). *Individuelle Rehabilitationsziele in der stationären onkologischen Rehabilitation*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Hamburg, <http://www.sub.uni-hamburg.de>.
- Bergelt, C., Welk, H. & Koch, U. (2000). Erwartungen, Befürchtungen und Therapieziele von Patienten zu Beginn einer onkologischen Rehabilitationsmaßnahme. *Rehabilitation*, 39, 338-349.
- Berking, M. (2004). *Therapieziele in der psychosomatischen Rehabilitation*. Unveröffentlichte Dissertation, Georg-August-Universität, Göttingen.
- Berking, M., Jacobi, C. & Masuhr, O. (2001). Therapieziele in der psychosomatische Rehabilitation. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 34(2), 259-272.
- Beutler, L. E. & Hamblin, D. L. (1986). Individual outcome measures of internal change: Methodological considerations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 48-53.
- Böcker, P. & Breuer, F. (1980). Zur Struktur und Variation therapeutischer Zielsetzungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 9, 245-265.
- Bortz, J. (1995). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (2. Aufl. Aufl.). Berlin: Springer.

- Bortz, J. & Döring, N. (1995a). *Forschungsmethoden und Evaluation* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (1995b). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Braun, U. (1997). Qualitätsmonitoring: Ein praktikables Ergebnis-Feedback-System für die Psychotherapie. In A. R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Brockmann, J. (2001). Psychoanalytisch orientierte Langzeittherapien von Psychoanalytikern (DGIP). Teil I: Qualitative Ergebnisse: Behandlungsbeginn, Patientenziele und Katamneseinterview. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 26(4), 304-324.
- Broda, M. & Beckmann, U. (2000). Dokumentation und Katamnese. In J. Bengel & U. Koch (Hrsg.), *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften*. Berlin: Springer.
- Brunstein, J. C. (2001). Persönliche Ziele und Handlungs- versus Lageorientierung. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 22(1), 1-11.
- Brunstein, J. C. & Maier, G. W. (1996). Persönliche Ziele: Ein Überblick zum Stand der Forschung. *Psychologische Rundschau*, 47, 147-160.
- Bührlen, B., Gerdes, N. & Jäckel, W. H. (2002). Der IRES-Fragebogen Version 3: Aufbau und psychometrische Testung. *DRV-Schriften*, 33, 73-75.
- Bührlen, B., Gerdes, N., Zwingmann, C. & Jäckel, W. H. (2000). Operationalisierung von Therapiezielen für die Überprüfung der Zielerreichung in der Rehabilitation. In J. Bengel & W. H. Jäckel (Hrsg.), *Zielorientierung in der Rehabilitation*. Regensburg: S. Roderer.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). *SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Göttingen: Hogrefe.
- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte. (1996). *Klassifikation therapeutischer Leistungen in der stationären medizinischen Rehabilitation* (2. Aufl.). Berlin: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte.
- Calsyn, R. J. & Davidson, W. S. (1978). Do we really want a program evaluation strategy based solely on individualized goals? A critique of goal attainment scaling. In T. D. Cook (Hrsg.), *Evaluation Studies Review Annual* (S. 700-713). Beverly Hills: Sage.
- Caspar, F. (1999). Therapieziele zu Anfang von Psychotherapie. In H. R. Ambühl & B. Strauß (Hrsg.), *Therapieziele*. Göttingen: Hogrefe.

- Coats, E. J., Janoff-Bulman, R. & Alpert, N. (1996). Approach versus avoidance goals: Differences in self-evaluation and well-being. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 22(10), 1057-1067.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Aufl.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Coopers, L. & Lybrand, E. (1995). *Rehabilitation Casemix Project. Final Report*. Melbourne: Victorian Department of Health and Community Services.
- Deane, F. P., Spicer, J. & Todd, D. M. (1997). Validity of a simplified target complaints measure. *Psychological Assessment*, 4(2), 119-130.
- Dekker, J. (1995). Application of the ICDH in survey research on rehabilitation: The emergence of the functional diagnosis. *Disability and Rehabilitation*, 3-4(17), 195-201.
- Dimsdale, J. E. (1975). Goals of therapy on psychiatric inpatient units. *Social Psychiatry*, 10, 1-7.
- Dirmaier, J. (2000). *Therapieziele in der stationären psychosomatischen Rehabilitation*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Hamburg.
- Dirmaier, J., Koch, U., Kawski, S. & Schulz, H. (2002). Therapieziele als Qualitätsmanagement-Instrumentarium in der Psychosomatischen Rehabilitation. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 96, 25-30.
- Driessen, M., Somme, B., Röstel, C., Malchow, C. P., Rumpf, H.-J. & Adam, B. (2001). Therapieziele in der Psychologischen Medizin. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 51, 239-245.
- Eagar, K., Cromwell, D., Kennedy, C. & Lee, L. (1997). Classifying sub-acute and non-acute patients: Results of the NSW Casemix Area Network Study. *Australian Health Review*, 20, 56-74.
- Eckert, J. & Biermann-Ratjen. (1990). Ein heimlicher Wirkfaktor: Die "Theorie" des Therapeuten. In V. Tschuschke & D. Czogalik (Hrsg.), *Psychotherapie - Welche Effekte verändern?* Berlin: Springer.
- Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Elliott, A. j. & Church, A. (2002). Client-articulated avoidance goals in the therapy context. *Journal of Counseling Psychology*, 49(2), 243-254.
- Enke, H. (1998). "Überfällige Reformen: Gruppenpsychotherapie in der ambulanten kassenärztlichen Versorgung." *Gruppenpsychtherapie Gruppendynamik*, 34, 63 -78.

- Enke, H. & Czogalik, D. (1993). Allgemeine und spezielle Wirkfaktoren in der Psychotherapie. In A. Heigl-Evers, F. Heigl & J. Ott (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie* (S. 511-522). Stuttgart: Gustav Fischer.
- Faller, H. (1998). Behandlungserwartungen bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz. *Psychotherapeut*, 43, 8-17.
- Faller, H. (2000). Therapieziele und Indikation: Eine Untersuchung der Fragebogenangaben von Patienten bei der psychotherapeutischen Erstuntersuchung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 50, 202-302.
- Faller, H. & Gossler, S. (1998). Probleme und Ziele von Psychotherapiepatienten. Eine qualitativ-inhaltsanalytische Untersuchung der Patientenangaben beim Erstgespräch. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 48(5), 176-186.
- Farin, E., Follert, P. & Jäckel, W. H. (2002). Die Therapiezielfestlegung bei Patienten mit psychischen Belastungen in der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation. *Rehabilitation*, 41, 389-400.
- Finke, J., Teusch, L. & Gastpar, M. (1995). Psychotherapie in der psychiatrischen Klinik - eine empirische Untersuchung über die Erwartungen der Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 22, 112-116.
- Fischer, J. & Raschke, F. (2000). Zielorientierte Messung von kurz-, mittel- und langfristigen Effekten in der pneumologischen Rehabilitation. *Pneumologie*, 54, 458-463.
- Ford, D. H. & Ford, M. E. (1987). *Humans as self-constructing living systems: Putting the framework to work*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Foster, S. L. & Mash, E. J. (1999). Assessing social validity in clinical treatment research: Issues and procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(67), 308-319.
- Franke, G. (1995). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version*. Göttingen: Beltz.
- Furler, C. (2001). *Die Therapieziel-Checkliste des Berner Inventars für Therapieziele (BIT-C)*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Bern.
- Garfield, S. L., Prager, R. A. & Bergin, A. E. (1971). Evaluation of outcome in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37, 307-313.
- Garwick, G. (1974). *An introduction to reliability and the Goal Attainment Scaling Methodology. Program evaluation project report 3*. Minneapolis (Minnesota): National Mental Health.

- Gerdes, N. (1988). Von der "Legitimationsforschung" zur systematischen Verbesserung der Reha-Praxis. *Mitteilungen der LVA Württemberg*, 3/88, 67-75.
- Gerdes, N. (1996). Das Problem der "Überkomplexität der Daten" bei umfassenden Outcome-Messungen. *DRV-Schriften*, 6, 403.
- Gerdes, N. (1997). Rehabilitationseffekte bei "zielorientierter Ergebnismessung" Ergebnisse der IRES-ZOE-Studie 1996/97. In E. Buerckstuehmer, A. Hoener, U. Keller & K. Wuerthner (Hrsg.), *Rehabilitation quo vadis. Beiträge der 16. Psychologischen Arbeitstagung des Arbeitskreises Klinische Psychologie in Rehabilitationseinrichtungen* (S. 99-130). Regensburg: Roderer.
- Gerdes, N. (1998). Rehabilitationseffekte bei "zielorientierter Ergebnismessung" Ergebnisse der IRES-ZOE-Studie 1996/97. *Deutsche Rentenversicherung*, 3-4, 217-238.
- Gerdes, N., Bengel, J. & Jäckel, W. H. (2000). Zielorientierung in Diagnostik, Therapie und Ergebnismessung. In J. Bengel & W. H. Jäckel (Hrsg.), *Zielorientierung in der Rehabilitation*. Regensburg: S. Roderer.
- Gerdes, N., Jäckel, W., Zwingmann, C. & Zwingmann, E. (1997). *Operationalisierung von Therapiezielen für die Überprüfung der Zielerreichung in der Rehabilitation*. Bad Säckingen: Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung.
- Gerdes, N. & Jäckel, W. H. (1992). Indikatoren des Reha-Status (IRES) - Ein Patientenfragebogen zur Beurteilung von Rehabilitationsbedürftigkeit und -erfolg. *Die Rehabilitation*, 31, 73-79.
- Gerdes, N. & Jäckel, W. H. (1995). Hinweise auf Bewertungsinstrumente zur Qualitätssicherung in der Rehabilitation - Blatt 2: Der IRES-Fragebogen für Klinik und Forschung. *Die Rehabilitation*, 34, XIII-XXIV.
- Gerdes, N. & Jäckel, W. H. (1996). *Ein Theorienmodell der Rehabilitation bei chronischen Erkrankungen*. Bad Säckingen: Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung.
- Gerdes, N., Klosterhuis, H., Haug, G., Holme, M. & Jäckel, W. H. (2002). Erfolge der Rehabilitation aus Sicht von Arzt und Patient. *Die Angestellten Versicherung*, 3, 1-10.
- Gerdes, N., Weidemann, H. & Jäckel, W. H. (Hrsg.). (2000). *Die PROTOS-Studie: Ergebnisqualität stationärer Rehabilitation in 15 Kliniken der Wittgensteiner Klinik-Allianz (WKA)*. Darmstadt: Steinkopf.
- Gerdes, N. & Weis, J. (2000). Zur Theorie der Rehabilitation. In J. Bengel & U. Koch (Hrsg.), *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften* (S. 41-68). Berlin: Springer.
- Goldman, W., McCulloch, J. & Cuffel, B. (2003). A Four-Year Study of Enhancing Outpatient Psychotherapy in Managed Care. *Psychiatry Services*, 54, 41-49.

- Göllner, R. (1983). Kategorien psychtherapeutischer Zielsetzungen. *Zeitschrift für Psychotherapie und Medizinische Psychologie*, 33, 94-100.
- Grawe, K. (1987). Indikation in der Psychotherapie. In C. J. Pongratz (Hrsg.), *Handbuch der Psychologie* (Band 8, 2. Halbband). Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Grosse Holtforth, M. (1999). *Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata (FAMOS): Konstruktion, teststatistische Überprüfung und Validierung eines Instruments zur Erfassung motivationaler Ziele in Forschung und Praxis*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Bern, Bern.
- Grosse-Holtforth, M. (1999). *Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata (FAMOS): Konstruktion, teststatistische Überprüfung und Validierung eines Instruments zur Erfassung motivationaler Ziele in Forschung und Praxis*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Bern, Bern.
- Grosse-Holtforth, M. (2001). Was möchten Patienten in ihrer Therapie erreichen? Die Erfassung von Therapiezielen mit dem Berner Inventar für Therapieziele (BIT). *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 34(2), 241-258.
- Grosse-Holtforth, M. & Grawe, K. (2000). Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29(3), 170-179.
- Grosse-Holtforth, M. & Grawe, K. (2002). Bern Inventory of Treatment Goals. Part 1: Development and first application of a taxonomy of treatment goal themes. *Psychotherapy Research*, 12(1), 79-99.
- Häfliger, C. (1999). *Empirische Entwicklung einer Taxonomie von Therapiezielen auf der Grundlage des Goal Attainment Scaling*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Bern.
- Hager, W., Leichsenring, F. & Schiffler, A. (1999). Evaluationsparadigmen zur Bedeutung der Unterscheidung von vergleichenden und isolierten Evaluationen in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapeut*, 44(4), 234-240.
- Hager, W., Leichsenring, F. & Schiffler, A. (2000). Wann ermöglicht eine Therapiestudie direkte Wirksamkeitsvergleiche zwischen verschiedenen Therapieformen? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 50(2), 51-62.
- Harfst, T., Koch, U., Kurtz von Aschoff, C., Nutzinger, D. O., Rüdell, H. & Schulz, H. (2002). Entwicklung und Validierung einer Kurzform der Symptom Checklist-90-R. *DRV-Schriften*, 33, 71-73.

- Hasler, G. & Schnyder, U. (2002). Zur Festlegung und Veränderung von Therapiezielen in psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen. *Der Nervenarzt*, 73, 54-58.
- Hautzinger, M. (2000). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depression*. Weinheim: Beltz.
- Hautzinger, M. & Bailer, M. (1993). *Allgemeine Depressionsskala (ADS). Die deutsche Version des CES-D*. Weinheim: Beltz.
- Heimberg, D. (2001). *Ziele in der Psychotherapie*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Bern.
- Herschbach, P. & Vogel, H. (Hrsg.). (1992). *Qualitätssicherung in der Rehabilitation - die Frage der Indikationsstellung*. Frankfurt a. M.: Selbstverlag.
- Heuft, G. (1998). Psy-BaDo. Kernmodul einer Basisdokumentation in der Fachpsychotherapie. *Psychotherapeut*, 43, 48-52.
- Heuft, G. & Senf, W. (1998). *Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Das Manual der Psy-BaDo*. Stuttgart: Thieme.
- Heuft, G., Senf, W., Wagener, R., Pintelon, C. & Lorenzen, J. (1996). Individuelle Therapieziele: Zur Ergebnisdokumentation stationärer Psychotherapie aus Patienten- und Therapeutesicht. *Zeitschrift für Klinische Psychologie Psychiatrie und Psychotherapie*, 44(2), 186-199.
- Heuft, G., Stricker, S., Langkafel, M., Schneider, G. & Senf, W. (1998a). Qualitätssicherung in der Fachpsychotherapie - Empirische Befunde und ihre Relevanz. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 7, 128-135.
- Heuft, G., Stricker, S., Langkafel, M., Schneider, G. & Senf, W. (1998b). Qualitätssicherung in der Fachpsychotherapie. Empirische Befunde und ihre Relevanz. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 3, 128-135.
- Hill, C. E. & O'Grady, K. E. (1985). List of therapist intentions illustrated in a case study and with therapists of varying theoretical orientations. *Journal of Counseling Psychology*, 32(1), 3-22.
- Hill, J. A. (1969). Therapist goals, patient aims and patient satisfaction in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 25(4), 455-459.
- Horowitz, L. M., Strauß, B. & Kordy, H. (1994). *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme - Deutsche Version - (IIP-D)*. Weinheim: Beltz.
- Hosmer, D. W. & Lemeshow, S. (2000). *Applied logistic regression*. New York: Wiley Series in Probability and Mathematical Statistics.

- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S. & Martinovic, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 678- 685.
- Huber, D., Brandl, T., Henrich, G. & Klug, G. (2002). Ambulant oder stationär? Eine Feldstudie zur Praxis der Indikationsstellung. *Psychotherapeut, 47*, 16-23.
- Jacobi, C., Thiel, A. & Paul, T. (2000). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa*. Weinheim: Beltz.
- Jacobson, N. S., Folette, W. C. & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy, 15*, 336-352.
- Jones, S. & Garwick, G. (1973). Guide to Goals Study: Goal Attainment Scaling as Therapy Adjunct. *P.E.P. Newsletter, 4*, 1-3.
- Kaltreider, N., DeWitt, K., Lieberman, R. & Horowitz, M. (1981). Individualized approaches to outcome assessment: A strategy for psychotherapy research. *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation, 3*, 105-111.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2000). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (3 Aufl.). Berlin: Springer.
- Karcher, S., Steffanowski, A., Schmidt, J., Nübling, R. & Wittmann, W. W. (2001). Zielerreichungsskalierung auf der Basis einer strukturierten Zielliste bei Patienten der psychosomatischen Rehabilitation. *DRV-Schriften, 26*, 379-381.
- Karoly, P. (Hrsg.). (2000). *A self regulatory / goal systems perspective*. New York: Guilford Press.
- Karoly, P. & Ruehlman, L. S. (1995). Goal cognition and its clinical implications: Development and preliminary validation of four motivational assessment instruments. *Assessment, 2*(2), 113-129.
- Kawski, S. & Koch, U. (2002). Zum Stand der Qualitätssicherung in der Rehabilitation. Zur Entwicklung der medizinischen Rehabilitation in den 90er-Jahren. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 45*(3), 260-266.
- Kazdin, A. E. (1999). The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 67*(3), 332-339.
- Kazdin, A. E. (2001). Almost clinically significant ($p < .10$): Current measures may only approach clinical significance. *Clinical Psychology: Science & Practice, 8*(4), 455-462.

- Kiresuk, T. J. & Smith, A. (Hrsg.). (1994). *Goal Attainment Scaling: Applications, Theory, and Measurement*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Koch, U. & Barth, M. (1992). Rehabilitationsforschung in der Rentenversicherung - Rahmenbedingungen, Interessen und Perspektiven. In R. Müller & M. F. Schuntermann (Hrsg.), *Sozialpolitik als Gestaltungsauftrag* (S. 75-89). Köln: Bund.
- Koch, U. & Bengel, J. (2000). Definition und Selbstverständnis der Rehabilitationswissenschaften. In J. Bengel & U. Koch (Hrsg.), *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften*. Berlin: Springer.
- Koch, U., Gerdes, N., Jäckel, W. H., Müller-Fahrnow, W., Raspe, H., Schian, H.-M., et al. (1995). Verbundforschung Rehabilitationswissenschaften - Vorschlag zu einer Förderinitiative. *Deutsche Rentenversicherung*, 7-8, 491-513.
- Koch, U. & Schulz, H. (1997). Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Medizin. In S. Ahrens (Hrsg.), *Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin* (S. 14-25). Stuttgart: Schattauer.
- Koch, U. & Tiefensee, J. (1998). Das 5-Punkte-Programm zur Qualitätssicherung in der stationären medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung. In D. Hell, J. Bengel & M. Kirsten-Krüger (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der psychiatrischen Versorgung* (S. 45-52). Basel: Karger.
- Köhlke, H.-U. (2000). "Keine Sicherstellung von Gruppenpsychotherapie als Kassenleistung" - Teil I: Dringend notwendige Änderung der Psychotherapie-Richtlinien und EBM-Ziffern - Teil II: Grundlage einer angemessenen EBM-Bewertung von Gruppenpsychotherapie. *Psychotherapeutenforum*, 7(2), 21-26.
- Kordy, H. & Hannover, W. (1999). Zur Evaluation psychotherapeutischer Behandlungen anhand individueller Therapieziele. In H. Ambühl & B. Strauß (Hrsg.), *Therapieziele* (S. 75-90). Göttingen: Hogrefe.
- Lambert, J. M. & Hill, C. E. (1994). Assessing psychotherapy outcomes and processes. In A. E. Bergin & D. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (4th Aufl., S. 72-113). New York: Wiley.
- Lewis, A. B., Spencer, J. H., Haas, G. L. & DiVittis, A. (1987). Goal attainment scaling. Relevance and replicability in follow-up of inpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 408-418.
- Lichtenberg, S., Steffanowski, A., Nübling, R., Schmidt, J. & Wittmann, W. (im Druck). Ergebnisqualität psychosomatischer Rehabilitation: Zielerreichungsskalierung auf der Basis einer strukturierten Therapiezielliste. *Die Rehabilitation*.
- Lohmann, J. (1980). Ziele und Strategien psychotherapeutischer Verfahren. In W. Wittling (Hrsg.), *Handbuch der klinischen Psychologie* (Band 2, S. 15-46). Hamburg: Hoffmann & Campe.

- Long, R. J. (2001). Goal agreement and early therapeutic change. *Psychotherapy*, 38(2), 219-232.
- Lotz, W., Rappat, S., Busche, W., Schulz, H. & Koch, U. (1996). *Differentielle Indikation zur verhaltenstherapeutischen und psychodynamischen Psychotherapie in der stationären Psychosomatik - Ergebnisse eines Symposiums (Forschungsbericht Nr. 8 der externen Evaluation der psychosomatischen Fachklinik Bad Kreuznach)*. Hamburg: Abteilung für Medizinische Psychologie, Universitäts-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf.
- Lotz-Rambaldi, W., Schulz, H., Gold, S., Grimmer, K. & Koch, U. (1998). *Dokumentation der Konsensuskonferenz vom 8. Mai 1998 zu klinikinternen Sollwerten zum verhaltenstherapeutischen bzw. psychoanalytischen Arbeiten in der Klinik St. Franziska-Stift*. Hamburg: Abteilung für Medizinische Psychologie, Universitäts-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf.
- Lynette, A. L., Eagar, K. M. & Smith, M. B. (1998). Subacute and non-acute casemix in Australia. *Medical Journal of Australia*, 169 (Suppl.)(22-225).
- Mans, E. J. (1994). Interkonzeptionelle Differentielle Indikation: Ein Beitrag zur Prozessqualität der stationären psychosomatischen Rehabilitation. *Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 27, 193-199.
- Margraf, J. (1996). Grundprinzipien und historische Entwicklung. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Band 1, S. 1-30). Berlin: Springer.
- Margraf, J. & Rudolf, K. (1999). *Soziale Kompetenz / Soziale Phobie*. Hohengeren: Schneider.
- Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- Maurischat, C., Löschmann, C., Herdt, J., Jäckel, W. H. & Bengel, J. (2000). Forschungsmethodische Beratung, Zielorientierung und Wissenstransfer. In J. Bengel & W. H. Jäckel (Hrsg.), *Zielorientierung in der Rehabilitation*. Regensburg: S. Roderer.
- Mayring, P. (1990). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. München: Psychologie Verlags Union.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. München: Psychologie Verlags Union.
- McGlashan, T. (1982). The goals of psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 39, 377-388.
- McIntosh, V., Bulik CM. & McKenzie JM. (2000). Interpersonal psychotherapy for anorexia nervosa. *The International journal of eating disorders*, 27(2), 125-139.

- McNair, D. M. & Lorr, M. (1964). Three kinds of psychotherapy goals. *Journal of Clinical Psychology*, 20(3), 390-393.
- Merten, K. (1995). *Inhaltsanalyse. Einführung in Theorie, Methode und Praxis*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Michalak, J., Heidenreich, T. & Hoyer, J. (2001). Konflikte zwischen Patientenzielen - Konzepte, Ergebnisse und Konsequenzen für die Therapie. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 34(2), 273-280.
- Michaux, W. W. & Lorr, M. (1961). Psychotherapists treatments' goals. *Journal of Counseling Psychology*, 8, 250-254.
- Mintz, J. & Kielder, D. J. (1984). Individualized Measures of Psychotherapy Outcome. In C. P. Kendall & J. N. Burcher (Hrsg.), *Handbook of Research Methods in Clinical Psychology*. New York: Wiley.
- Müller-Fahrnow, W., Ilchmann, U., Kühner, S., Spyra, K. & Stoll, S. (2002). Suchtrehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven. *DRV-Schriften, Band 32*.
- Mussell, M. P., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Fulkerson, J. A., Hoberman, H. M. & Romano, J. L. (2000). Commitment to treatment goals in prediction of group cognitive-behavioral therapy treatment outcome for women with bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 432-437.
- Neubauer, G. & Mayer, R. (2000). Fallbezogene Vergütung der Rehabilitationsleistungen. In J. Bengel & W. H. Jäckel (Hrsg.), *Zielorientierung in der Rehabilitation*. Regensburg: S. Roderer.
- Neun, H. (1998). Rehabilitation bei psychosomatischen Erkrankungen. In E. Haupt & H. Delbrück (Hrsg.), *Rehabilitationsmedizin: Stationär - Teilstationär - Ambulant* (S. 507-547). München: Urban & Schwarzenberg.
- Neun, H. (Hrsg.). (1994). *Psychosomatische Einrichtungen* (3. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- Orlinsky, D. E. (1994). Learning from many masters. *Psychotherapeut*, 39, 2-9.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy: noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4 Aufl., S. 270-376). New York: Wiley.
- Pervin, L. A. (1983). The stasis and flow of behavior: Toward a theory of goals. In M. M. Page (Hrsg.), *Nebraska Symposium on Motivation* (S. 1-53). Lincoln: University of Nebraska Press.

- Pöhlmann, K. (1999). Persönliche Ziele: Ein neuer Ansatz zur Erfassung von Therapiezielen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 45, 14-20.
- Pöhlmann, K., Joraschky, P., Petrrowski, K., Arnold, B. & Rausch, T. (2001). Therapieziele und Lebensziele von Psychotherapieklienten. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 34(2), 205-224.
- Prochaska, J. O. & Norcross, J. C. (1999). *Systems of psychotherapy. A transtheoretical analysis*. Pacific Grove: Brooks/Cole.
- Protz, W., Gerdes, N., Maier-Riehle, B. & Jäckel, W. H. (1998). Therapieziele in der medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 37(Suppl. 1), 24-29.
- Reinecker, H. (1987). *Grundlagen der Verhaltenstherapie*. München: Psychologie Verlags Union.
- Rief, W. & Hiller, W. (1998). *Somatisierungsstörung und Hypochondrie*. Göttingen: Hogrefe.
- Riehl-Emde, A. & Vogler, S. (1990). Therapieziele aus der Sicht von Patienten: Welche Rolle spielt die Partnerschaft? *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 40(7), 248-254.
- Röcken, S. (1984). Goal Attainment Scaling. Eine Methode zur Evaluation psychotherapeutischer Maßnahmen. *Forschungsberichte des psychologischen Instituts der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau*, Nr. 14.
- Rosen, A. & Proctor, E. K. (1981). Distinctions between treatment outcomes and their implications for treatment evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 418- 425.
- Rüddel, H. (1998). Differentielle Behandlung in der Abteilung für psychoanalytische Psychosomatik und Psychotherapie oder in der verhaltensmedizinischen Abteilung einer Psychosomatischen Fachklinik. In R. Vandieken, E. Häckl & D. Mattke (Hrsg.), *Was tut sich in der stationären Psychotherapie?* (S. 369-380). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Rudolf, G. (1991). *Die therapeutische Arbeitsbeziehung*. Berlin: Springer.
- Rudolf, G. (2000). *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik*. Stuttgart: Thieme.
- Rudolf, G. (2002). Konfliktaufdeckende und strukturfördernde Zielsetzungen in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 48(2), 163-173.
- Ruff, W. & Werner, H. (1987). Das Therapieziel des Patienten als ein Kriterium für Prognose und Erfolg in der stationären Psychotherapie. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 33(3), 238-251.

- Sachse, R. (1992a). Differential effects of processing proposals and content referentials on the explication process of clients with different starting conditions. *Psychotherapy Research*, 2, 235-251.
- Sack, M., Schmid-Ott, G., Lempa, W. & Lamprecht, F. (1999). Individuell vereinbarte und fortgeschriebene Therapieziele. Ein Instrument zur Verbesserung der Behandlungsqualität in der stationären Psychotherapie. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 45(2), 113-127.
- Safran, J. D. & Wallner, L. K. (1991). The relativ predictive validity of two therapeutic alliance measures in cognitive therapy. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(2), 188-195.
- Sandweg, R. (1996). Therapieziele psychosomatischer Rehabilitation. *Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 9(36), 259-261.
- Schmidt, J., Karcher, S., Steffanowski, A., Nübling, R. & Wittmann, W. W. (2000). Die EQUA-Studie - Erfassung der Ergebnisqualität stationärer psychosomatischer Rehabilitationsbehandlungen. In J. Bengel & W. H. Jäckel (Hrsg.), *Zielorientierung in der Rehabilitation*. Regensburg: S. Roderer.
- Schmidt, J., Steffanowski, A., Nübling, R., Lichtenberg, S. & Wittmann, W. W. (2003). *E-QUA-Studie. Erfassung der Ergebnisqualität stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Abschlussbericht. Unveröffentlichtes Manuskript*. Karlsruhe/Universität Mannheim: eqs.-Institut.
- Schneider, S. & Margraf, J. (1998). *Agoraphobie und Panikstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schulte, D. (1986). Verhaltenstherapeutische Diagnostik. In DGVT (Hrsg.), *Verhaltenstherapie: Theorien und Methoden*. Tübingen: DGVT.
- Schulte, D. (1993). Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22, 374-393.
- Schulte-Bahrenberg, T. (1990). *Therapieziele, Therapieprozess und Therapieerfolg*. Pfaffenweiler: Centaurus.
- Schulte-Bahrenberg, T. & Schulte, D. (1993). Change of psychotherapy goals as a process of resignation. *Psychotherapy Research*, 3(3), 153-165.
- Schulz, H. & Koch, U. (2002a). Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Medizin. In S. Ahrens & W. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin* (2. Aufl., S. 17-27). Stuttgart: Schattauer.
- Schulz, H. & Koch, U. (2002b). Zur stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung in Norddeutschland - Expertise zu Fragen des Bedarfs und zur Versor-

- gungsstruktur. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52, 244-247 und T241-T226.
- Schulz, H., Nübling, R. & Rüdell, H. (1995). Entwicklung einer Kurzform eines Fragebogens zur Psychotherapiemotivation. *Verhaltenstherapie*, 5, 89-95.
- Schuntermann, M. F. (1995). Hinweise auf Bewertungsinstrumente zur Qualitätssicherung in der Rehabilitation - Blatt 2: Der IRES-Fragebogen für Klinik und Forschung. Vorwort. *Die Rehabilitation*, 34(XIII).
- Schuntermann, M. F. (1998). Die revidierte Fassung der Internationalen Klassifikation der Impairments, Disabilities und Handicaps (ICIDH-2). In H. Delbrück & E. Haupt (Hrsg.), *Rehabilitationsmedizin*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Schuntermann, M. F. (2003). Grundsatzpapier der Rentenversicherung zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). *Deutsche Rentenversicherung*, 1-2, 52-59.
- Schut, H. A. & Stam, H. J. (1994). Goals in rehabilitation teamwork. *Disability and Rehabilitation*, 16(4), 223-226.
- Schwenn, H. (2002). *The Relationship Between Client-Established Goals and Outcome in Counseling*. Unveröffentlichte Dissertation, University of Columbia, Missouri.
- Seidenstücker, G. (1994). Indikation in der Psychotherapie: Entscheidungsprozesse-Forschung-Konzepte und Ergebnisse. In L. R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie* (S. 443-511). Stuttgart: Enke.
- Semmer, N. & Frese, M. (1985). Action theory in clinical psychology. In M. Frese & J. Sabini (Hrsg.), *Goal-directed Behavior: The concept of action in Psychology* (S. 296-310). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Senf, W. & Broda, M. (2000). *Praxis der Psychotherapie* (2 Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Smith, A., Cardillo, J. E., Smith, S. C. & Amezaga, A. M. (1998). Improvement Scaling (Rehabilitation Version). *Medical Care*, 36(3), 333-347.
- Sorenson-Lehmann, R., Gorsuch, R. L. & Mintz, J. (1985). Moving targets: Patients' changing complaints during psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(1), 49-54.
- Speer, D. C. (1992). Clinically significant change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 23, 284-296.
- SPSS. (2002). SPSS Base 11 for Windows. Chicago.

- Statistisches Bundesamt. (2002). *Verzeichnis der Krankenhäuser und Versorge- oder Rehabilitationseinrichtungen - Krankenhausverzeichnis, Stand 31. 12. 2000*. Wiesbaden.
- Stieglitz, R. D. & Baumann, U. (1994). Veränderungsmessung. In R. D. Stieglitz & B. U. (Hrsg.), *Psychodiagnostik psychischer Störungen* (S. 21-36). Stuttgart: Enke.
- Stieglitz, R.-D. & Baumann, U. (2001). Veränderungsmessung. In R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Psychodiagnostik in klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie* (S. 21-38). Stuttgart: Thieme.
- Stieglitz, R.-D. & Haug, H.-J. (1995). Therapiezielbestimmung und -evaluation als Mittel zur Qualitätssicherung. In R.-D. Stieglitz & H.-J. Haug (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychiatrie* (S. 191-199). Stuttgart: Enke.
- Strauß, B. & Burgmeier-Lohse. (1995). Merkmale der "Passung" zwischen Therapeut und Patient als Determinante des Behandlungsergebnisses in der stationären Gruppenpsychotherapie. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, 41, 127-140.
- Strupp, H. H., Horowitz, L. M. & Lambert, M. J. (1997). *Measuring patient changes in mood, anxiety, and personality disorders: Toward a core battery*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Stucki, G., Cieza, A., Ewert, T., Kostanjsek, N., Chatterji, S. & Ustun, T. B. (2002). Application of the international classification of functioning, disability and health (ICF) in clinical practice. *Disability and Rehabilitation*, 24(5), 281-282.
- Terporten, G., Rüdell, H. & Jürgensen, R. (1998). Therapiezuweisung und Therapieerfolg in einer verhaltensmedizinischen Behandlung. *DRV-Schriften*, 11, 489-490.
- Tryon-Shick, G. & Winograd, G. (2001). Goal consensus and collaboration. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 38(4), 385-389.
- Urban, D. (1993). *Logit-Analyse: Statistische Verfahren von Modellen mit qualitativen Response-Variablen*. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. (1992). *Bericht der Reha-Kommission des VDR - Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung*. Frankfurt.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. (1997). *Therapieziel-Katalog. Indikationsbereiche: Gastroenterologie, Kardiologie, Neurologie, Onkologie, Orthopädie/Rheumatologie und Pneumologie*. Bad Säckingen: Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. (2000). *VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 1999*. Frankfurt.

- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. (2004). *VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 2003*. Frankfurt a. M.: VDR.
- VERBI GmbH. (2001). MAXQDA: Software for qualitative data analysis.
- Vogel, H. & Tuschhoff, T. (1994). Die Erfassung von Behandlungsergebnissen in der Rehabilitation. *Mitteilungen der LVA Württemberg*, 4, 139-143.
- Vogel, H., Tuschhoff, T. & Zillessen, E. (1994). Die Definition von Rehabilitationszielen als Herausforderung für die Qualitätssicherung. *Deutsche Rentenversicherung*, 11, 751-764.
- von Rad, M., Schors, R. & Henrich, G. (1994). Stationäre psychoanalytische Psychosomatik: Konzepte - Basisdaten - Therapieziele. In B. Strauß & A.-E. Meyer (Hrsg.), *Psychoanalytische Psychosomatik* (S. 152-164). Stuttgart: Schattauer.
- Wälte, D. (1990). *Der Expertenansatz: Sein Beitrag für die Klärung der Indikationsfrage in der Familientherapie*. Münster: Waxmann.
- Waskow, I. E. & Parloff, M. B. (1975). *Psychotherapy Change Measures*. Rockville: MD: National Institute of Mental Health.
- Watzke, B. (2002). *Vergleich therapeutischer Prozessvariablen in psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten stationären Gruppenpsychotherapien*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Hamburg, <http://www.sub.uni-hamburg.de/disse/796/dissertation.pdf>.
- Weis, K. & Potreck-Rose, F. (1987). Möglichkeiten und Grenzen des Goal attainment Scaling in der klinischen Forschung. In F. Lamprecht (Hrsg.), *Spezialisierung und Integration in der Psychosomatik und Psychotherapie* (S. 243-252). Berlin: Springer.
- Wendisch, M. (1999). Therapieziele - Unterschiede im stationären und ambulanten Setting. In H. Ambühl & B. Strauß (Hrsg.), *Therapieziele* (S. 293-318). Göttingen: Hogrefe.
- WHO. (1980). *Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (ICIDH)*. Genf: WHO.
- WHO. (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10)*. Bern: Huber.
- WHO. (2001). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*. Genf: WHO.
- Willer, B. & Miller, G. H. (1976). Client Involvement in Goal Setting and Its Relationship to Therapeutic Outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 32, 687-690.

- Winell, M. (1987). Personal goals: The key to self-direction in adulthood. In M. E. Ford & D. H. Ford (Hrsg.), *Humans as self-constructing living systems: Putting the framework to work* (S. 261-287). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Wing, J. K., Beevor, A. S., Curtis, R. H., Park, S. B. G., Hadden, S. & Burns, A. (1998). Health of the nation outcome scales (HoNOS): Research and development. *British Journal of Psychiatry*, 172, 11-18.
- Wipplinger, R. & Reinecker, H. (1994). *Zur Normenproblematik in der Verhaltenstherapie*. Bergheim: Mackinger.
- Wirtz, M. & Caspar, F. (2002). *Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität: Methoden zur Bestimmung und Verbesserung der Zuverlässigkeit von Einschätzungen mittels Kategoriensystemen und Ratingskalen*. Göttingen: Hogrefe.
- Zwingmann, C. (1996). Zielorientierte Ergebnismessung: Klinische Relevanz und Regression zur Mitte. *DRV-Schriften*, 6, 405-406.
- Zwingmann, C., Reusch, A. & Faller, H. (2000). *Änderungssensitivität und Responsivität von Patientenfragebögen in der Rehabilitation*. Würzburg: Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg.

11 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Differentielle Zielsetzungen: Behandlungsverfahren	18
Tabelle 2	Differentielle Zielsetzungen: Diagnosegruppen	20
Tabelle 3	Kategoriensystem psychotherapeutischer Zielsetzungen (Hauptkategorien, Kategorien)	69
Tabelle 4	Soziodemographische Merkmale.....	77
Tabelle 5	Kappa-Werte der einzelnen Zieldimensionen und Hauptgruppen.....	82
Tabelle 6	Übersicht der zu den Messzeitpunkten eingesetzten Instrumente	106
Tabelle 7	Klassifikation der Effektgrößen der angewendeten Signifikanztests	110
Tabelle 8	Gründe für Nicht-Teilnahme (N=5 Kliniken).....	111
Tabelle 9	Unterschiede zwischen den QS-REHA-Teilnehmern und den Drop-Out-Patienten hinsichtlich der Diagnosegruppen (1. - 5. Entlassungsdiagnose) Depressive Störungen, Angststörungen und Somatoforme Störungen.....	112
Tabelle 10	Unterschiede zwischen den QS-REHA-Teilnehmern und den Drop-Out-Patienten hinsichtlich der Variable Chronifizierung in Jahren (Mann-Whitney-U-Test).....	112
Tabelle 11	Unterschiede zwischen QS-REHA-Teilnehmern und Drop-Out-Patienten hinsichtlich der Rehabilitationsmotivation und Fremdeinschätzungen der Lebensqualität (t-Test).....	113
Tabelle 12	Repräsentativitätsanalyse für QS-REHA-Teilnehmer im Vergleich zu den Partial-Nonrespondern: Soziodemographische Merkmale	114
Tabelle 13	Unterschiede zwischen den QS-REHA-Teilnehmern und den Partial-Nonrespondern hinsichtlich der Diagnosegruppen (1. - 5. Entlassungsdiagnose) „Depressive Störungen“, „Angststörungen“ und „Somatoforme Störungen“	115
Tabelle 14	Repräsentativitätsanalysen für QS-REHA-Teilnehmer im Vergleich zu den Partial-Nonrespondern: Klinische Merkmale	115
Tabelle 15	Anzahl der zu Beginn der Therapie ausgewählten Zielbereiche (N=1905) ..	117
Tabelle 16	Rangfolge der zehn häufigsten Therapiezielnennungen.....	117
Tabelle 17	Durchschnittliche Anzahl der in den jeweiligen Zielbereichen ausgewählten Therapieziele (N=1905).....	119
Tabelle 18	Häufigkeiten der Zielnennungen innerhalb der Hauptkategorie „Reduktion der spezifischen Symptomatik“ (N=1905)	120

Tabelle 19	Häufigkeit der jeweiligen Fehlermöglichkeiten (N=1905).....	121
Tabelle 20	Itemschwierigkeit der fünf am häufigsten und seltensten gewählten Ziele...	123
Tabelle 21	Adjusted Odds Ratios (OR): unabhängige Variable: 21 Zielbereiche, abhängige Variable: fünf Hauptdiagnosegruppen, Referenzgruppe: sonstige Hauptdiagnosen $N_{\text{Diagnosen}}=1587$; $N_{\text{Referenz}}=318$	126
Tabelle 22	Adjusted Odds Ratios (OR): unabhängige Variable: 21 Zielbereiche, abhängige Variable: Depressivität ja ($m>17.05$, $N=1205$), Depressivität nein ($m\leq 17.05$, $N=593$).....	128
Tabelle 23	Adjusted Odds Ratios (OR): unabhängige Variable: 21 Zielbereiche, abhängige Variable: phobische Angst ja ($m>0.41$, $N=710$), phobische Angst nein ($m\leq 0.41$, $N=1066$).....	129
Tabelle 24	Adjusted Odds Ratios (OR): unabhängige Variable: 21 Zielbereiche, abhängige Variable: Somatisierung hoch ($m\leq 0.92$, $N=973$), Somatisierung gering ($m>0.92$, $N=803$).....	130
Tabelle 25	Adjusted Odds Ratios (OR): unabhängige Variable: 21 Zielbereiche, abhängige Variable: Selbstunsicherheit hoch ($m>1.79$, $N=1229$), Selbstunsicherheit gering ($m\leq 1.79$, $N=567$).....	131
Tabelle 26	Adjusted Odds Ratios (OR): unabhängige Variable: 21 Zielbereiche, abhängige Variable: psychische Belastung hoch ($m>1.85$, $N=1241$), psychische Belastung gering ($m\leq 1.85$, $N=569$).....	132
Tabelle 27	Zielerreichung auf der Ebene der Zieldimensionen.....	133
Tabelle 28	Konkrete Zielsetzungen mit den höchsten Zielerreichungen	136
Tabelle 29	Konkrete Zielsetzungen mit den niedrigsten Zielerreichungen.....	137
Tabelle 30	Korrelation (r) zwischen der Anzahl eingeschätzter Unterkategorien und der Zielerreichung.....	138
Tabelle 31	Einfluss soziodemographischer und klinischer Faktoren auf die Zielerreichung, multiple Regressionsanalyse, Einschlussmethode	140
Tabelle 32	Zusammenhang zwischen der therapeutenseitig eingeschätzten Zielerreichung und der Veränderung patientenseitig erhobener psychopathologischer Symptombelastung im Verlauf der stationären Behandlung.....	142

Tabelle 33	Adjusted Odds Ratios (OR): unabhängige Variable: Hauptkategorien, abhängige Variable: 5 Hauptdiagnosegruppen innerhalb des Indikationsbereichs Psychosomatik, Referenzgruppe: alle anderen N _{Referenz} =194, N _{Gesamt} =999	205
Tabelle 34	Adjusted Odds Ratios (OR): unabhängige Variable: Hauptkategorien, abhängige Variable: Behandlungsart (verhaltenstherapeutisch, psychodynamisch orientiert) N _{Gesamt} =999	206
Tabelle 35	Adjusted Odds Ratios (OR): unabhängige Variable: Hauptkategorien, abhängige Variable: Hauptdiagnosegruppen Abhängigkeitserkrankungen; Referenzgruppe: alle anderen plus zufällige Stichprobe (200) aus Psychosomatik N _{Referenz} =237, N _{Gesamt} =393	206
Tabelle 36	Adjusted Odds Ratios (OR): unabhängige Variable: Hauptkategorien, abhängige Variable: Behandlungsart (verhaltenstherapeutisch, psychodynamisch orientiert) N _{Gesamt} =999	207
Tabelle 37	Relative Häufigkeiten der auszuwählenden Therapieziele	234
Tabelle 38	Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Reduktion der spezifischen Symptomatik“	240
Tabelle 39	Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Bearbeitung emotionaler Aspekte“	241
Tabelle 40	Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Bearbeitung kognitiver Aspekte“	241
Tabelle 41	Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Förderung der sozialen Kompetenz“	242
Tabelle 42	Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Bearbeitung intrapsychischer Aspekte“	242
Tabelle 43	Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Entwicklung des Selbst“ ...	243
Tabelle 44	Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Akzeptierung der Realität“	243
Tabelle 45	Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Bearbeitung biographisch relevanter Ereignisse“	243
Tabelle 46	Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Entwicklung einer adäquaten Behandlungsmotivation“	244
Tabelle 47	Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit“	244

Tabelle 48	Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Linderung vegetativer Beschwerden“	244
Tabelle 49	Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Linderung von Schmerzen“	245
Tabelle 50	Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Reduzierung von Risikoverhalten /-Faktoren“	245
Tabelle 51	Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Vermittlung von Informationen über die Krankheit“	245
Tabelle 52	Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Vermittlung von Methoden zum Abbau von Risikoverhalten“	246
Tabelle 53	Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Vermittlung von Techniken zur Förderung von Gesundheitsverhalten“	246
Tabelle 54	Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Verbesserung der Stressbewältigung“	246
Tabelle 55	Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Wiederherstellung / Erhalt der Arbeitsfähigkeit“	246
Tabelle 56	Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Bearbeitung von Problemen im interpersonellen Bereich“	247
Tabelle 57	Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Verbesserung der Alltagsbewältigung“	247
Tabelle 58	Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Erarbeitung von Zukunftsperspektiven“	247
Tabelle 59	Zielerreichung auf der Ebene der Zielbereiche	248
Tabelle 60	Zielerreichung auf der Ebene der konkreten Therapieziele.....	249

12 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Krankheitsfolgenmodell der ICIDH (WHO, 1980).....	38
Abbildung 2	Das bio-psychosoziale Modell der Komponenten der Gesundheit der ICF (vgl. Schuntermann 2003).....	40
Abbildung 3	Ein Theoriemodell der Rehabilitation bei chronischen Krankheiten	41
Abbildung 4	Ansatzpunkte für therapeutisches Handeln in der Rehabilitation (Gerdes und Weis 2000).....	42
Abbildung 5	Entlassungsdiagnosen (ICD-10, Hauptdiagnose): Psychosomatik, N=999.....	78
Abbildung 6	Entlassungsdiagnosen (ICD-10), 2.-5. Diagnose, Psychosomatik, N=999	79
Abbildung 7	Entlassungsdiagnosen (ICD-10): Abhängigkeitserkrankungen, N=193.....	79
Abbildung 8	Entlassungsdiagnosen (ICD-10), 2.-5. Diagnose, Abhängigkeitserkrankungen, N=193	80
Abbildung 9	Verteilung der Ziele über die Hauptkategorien	81
Abbildung 10	Signifikante OR größer eins (P: psychosoziale Zieldimension, S: somatische Zieldimension, E: edukative Zieldimension, A/P: Zieldimension der Aktivität/Partizipation) $N_{\text{Gesamt}}=999$; $N_{\text{Referenz}}=194$	83
Abbildung 11	Signifikante OR größer eins (P: psychosoziale Zieldimension, S: somatische Zieldimension, E: edukative Zieldimension, A/P: Zieldimension der Aktivität/Partizipation), $N_{\text{Gesamt}}=1193$	85
Abbildung 12	Signifikante OR größer eins (P: psychosoziale Zieldimension, S: somatische Zieldimension, E: edukative Zieldimension), $N_{\text{Gesamt}}=500$	86
Abbildung 13	Verteilung der patientenseitig formulierten Therapieziele (N=620)	93
Abbildung 14	Verteilung der therapeutenseitig formulierten Therapieziele und 95% CI (N=1905).....	118
Abbildung 15	Therapeutenseitige Zielerreichung, Anzahl ausgewählter Ziele und 95% CI	134
Abbildung 16	Therapeutenseitige Zielerreichung, Anzahl ausgewählter Ziele und 95% CI.....	135

13 Anhang

13.1 Kategoriensystem psychotherapeutischer Zielsetzungen

ZIELDIMENSION A BESSERUNG VON BESCHWERDEN AUF PSYCHO-SOZIALER EBENE

A 1 REDUKTION DER SPEZIFISCHEN SYMPTOMATIK
--

- | |
|--|
| <p>A 1.1 Reduktion der Angstsymptomatik</p> <p>A 1.1.1 Abbau von Vermeidungsverhalten</p> <p>A 1.1.2 Abbau von Rückversicherungsverhalten</p> <p>A 1.1.3 Reduktion der Aufmerksamkeitsfokussierung</p> <p>A 1.2 Reduktion der depressiven Symptomatik</p> <p>A 1.2.1 Aktivitätssteigerung</p> <p>A 1.2.2 Verbesserung der Tagesstrukturierung</p> <p>A 1.2.3 Antriebssteigerung</p> <p>A 1.2.4 Abbau des Rückzugsverhaltens</p> <p>A 1.3 Reduktion der somatoformen Symptomatik</p> <p>A 1.4 Verbesserung der Schmerzbewältigung</p> <p>A 1.5 Reduktion der Tinnitusymptomatik</p> <p>A 1.6 Reduktion der Schlafstörungen</p> |
|--|

A 2 VERÄNDERUNG / BEARBEITUNG EMOTIONALER ASPEKTE

- | |
|---|
| <p>A 2.1 Emotionale Entlastung und Stabilisierung</p> <p>A 2.1.1 Abbau von Schuldgefühlen / Scham</p> <p>A 2.1.2 Verbesserung des Umgangs mit Ärger / Wut / Aggression</p> <p>A 2.1.3 Unterstützung eines adäquaten Trauerprozesses</p> <p>A 2.1.4 Stimmungsaufhellung</p> <p>A 2.1.5 Abbau von Versagensängsten</p> <p>A 2.1.6 Verarbeitung erlebter Kränkungen</p> <p>A 2.2 Verbesserung der Differenzierung und Wahrnehmung von Emotionen</p> <p>A 2.2.1 Verbesserung der Wahrnehmung eigener Emotionen</p> <p>A 2.2.2 Verbesserung der Wahrnehmung von Emotionen anderer</p> <p>A 2.3 Verbesserung des Ausdrucks von Emotionen</p> <p>A 2.4 Verbesserung der Impulskontrolle</p> <p>A 2.5 Verbesserung der Affekttoleranz</p> |
|---|

A 3 BEARBEITUNG KOGNITIVER ASPEKTE
--

- | |
|--|
| <p>A 3.1 Kognitive Umstrukturierung (z.B. Realitätstestung)</p> <p>A 3.2 Verbesserung der Problemlösefähigkeiten</p> <p>A 3.3 Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit</p> |
|--|

A 4 FÖRDERUNG DER SOZIALEN KOMPETENZ**A 4.1 Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit**

- A 4.1.1 Verbesserung des Ausdrucks eigener Bedürfnisse und Meinungen
- A 4.1.2 Verbesserung der sozialen Wahrnehmung
- A 4.1.3 Verbesserung der Kritik- und Konfliktfähigkeit

A 4.2 Verbesserung der Integrationsfähigkeit

- A 4.2.1 Verbesserung der Fähigkeit, Kontakte aufzunehmen und aufrechterhalten zu können (Beziehungsfähigkeit)
- A 4.2.2 Verbesserung der Anpassungs- und Kooperationsfähigkeit

A 4.3 Verbesserung von selbstbehauptenden Fähigkeiten

- A 4.3.1 Aufbau selbstsicherer Verhaltensweisen
- A 4.3.2 Förderung der Abgrenzungsfähigkeit (nein sagen können)
- A 4.3.3 Förderung der Unabhängigkeit in Beziehungen

A 5 BEARBEITUNG INTRA-PSYCHISCHER ASPEKTE**A 5.1 Erlernen von Konfliktbewältigungskompetenzen****A 5.2 Verbesserung der Konflikttoleranz****A 5.3 Verbesserung der Konfliktwahrnehmung****A 5.4 Bearbeitung des grundlegenden intrapsychischen Konflikts (z.B. des Autonomie-Abhängigkeitskonflikts)****A 6 ENTWICKLUNG DES SELBST****A 6.1 Entwicklung eines realistischen Selbstbildes****A 6.2 Steigerung der Selbstwirksamkeit****A 6.3 Steigerung des Selbstwertgefühls / Selbstvertrauens****A 6.4 Verbesserung der Introspektionsfähigkeit****A 6.5 Verbesserung der Selbstwahrnehmung****A 6.6 Verbesserung der Wahrnehmung eigener Wünsche und Bedürfnisse****A 6.7 Steigerung der Selbstverantwortung / Eigenmotivation****A 6.8 Stärkung / Förderung der Ich-Funktionen****A 7 AKZEPTIERUNG DER REALITÄT****A 7.1 Wahrnehmung und Akzeptanz von Belastungsgrenzen****A 7.2 Verbesserung der Frustrationstoleranz****A 7.3 Verbesserung der Körperakzeptanz****A 7.4 Abbau der Selbstüberforderungstendenzen / Perfektionismus****A 7.5 Verbesserung der Akzeptanz der Krankheit / Symptome****A 7.6 Erarbeitung einer Krankheitseinsicht**

A 8 BEARBEITEN BIOGRAPHISCH RELEVANTER EREIGNISSE

- A 8.1** Bearbeitung / Bewältigung des vorangegangenen Trennungs- / Verlustgeschehens
- A 8.2** Bearbeitung traumatischer Lebensereignisse
- A 8.3** Aufarbeitung sexueller Gewalterlebnisse
- A 8.4** Bearbeitung der biographischen Ursachen der Symptomatik
- A 8.5** Bearbeitung der Beziehungen zur Herkunftsfamilie

A 9 ENTWICKLUNG EINER ADÄQUATEN BEHANDLUNGSMOTIVATION

- A 9.1** Entwicklung eines tragfähigen therapeutischen Arbeitsbündnisses
- A 9.2** Aufbau einer stabilen Psychotherapiemotivation
- A 9.3** Motivierung für Nachsorgemaßnahmen
 - A 9.3.1 Motivierung für ambulante Psychotherapie
 - A 9.3.2 Motivierung zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe
- A 9.4** Zielklärung

A 99 NICHT NÄHER BEZEICHNETES PROBLEMFELD DER HAUPTGRUPPE A

ZIELDIMENSION B ZIELSETZUNGEN AUF SOMATISCHER EBENE

B 1 STEIGERUNG DER KÖRPERLICHEN LEISTUNGSFÄHIGKEIT
--

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> B 1.1 Körperliche Erholung / Stabilisierung B 1.2 Steigerung der Beweglichkeit / Muskelkoordination B 1.3 Steigerung der körperlichen Ausdauer B 1.4 Verbesserung der Körperwahrnehmung B 1.5 Körperliche Kräftigung <ul style="list-style-type: none"> B 1.5.1 Kräftigung der Rückenmuskulatur |
|--|

B 2 LINDERUNG VEGETATIVER BESCHWERDEN

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> B 2.1 Lockerung der muskulären Anspannung B 2.2 Verbesserung von Störungen des Herz-Kreislaufsystems B 2.3 Linderung von Beschwerden des Gastrointestinaltrakts |
|---|

B 3 LINDERUNG VON SCHMERZEN

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> B 3.1 Linderung von Schmerzen im Bewegungsapparat <ul style="list-style-type: none"> B 3.1.1 Linderung von Schmerzen im Wirbelsäulenbereich B 3.1.2 Linderung von Gelenkbeschwerden B 3.2 Linderung von Kopfschmerzen |
|---|

B 4 REDUZIERUNG VON RISIKOVERHALTEN / -FAKTOREN

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> B 4.1 Verbesserung des Ernährungszustandes <ul style="list-style-type: none"> B 4.1.1 Gewichtsreduktion B 4.1.2 Gewichtszunahme B 4.2 Reduzierung / Abstinenz von Suchtmittelgebrauch <ul style="list-style-type: none"> B 4.2.1 Nikotinreduktion / Abstinenz B 4.2.2 Alkoholreduktion / Abstinenz B 4.2.3 Reduktion der Medikamentenabhängigkeit B 4.3 Verbesserung der Stoffwechselfparameter <ul style="list-style-type: none"> B 4.3.1 Normalisierung der Cholesterinwerte B 4.3.2 Verbesserung der Leberwerte |
|---|

B 99 NICHT NÄHER BEZEICHNETES PROBLEMFELD DER HAUPTGRUPPE B

ZIELDIMENSION C ZIELSETZUNGEN AUF EDUKATIVER EBENE
--

C 1 VERMITTLUNG VON INFORMATIONEN ÜBER DIE KRANKHEIT
--

C 1.1 Vermittlung eines Erklärungsmodells für Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik
--

C 1.1.1 Analyse von symptomauslösenden Bedingungen

C 1.1.2 Analyse von symptomaufrechterhaltenden Bedingungen

C 1.2 Vermittlung eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses
--

C 1.2.1 Vermittlung des psychodynamischen Hintergrunds der Symptomatik

C 1.2.2 Vermittlung eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses

C 2 VERMITTLUNG VON METHODEN ZUM ABBAU VON RISIKOVERHALTEN
--

C 2.1 Erlernen von Methoden zur Reduktion von Drogenkonsum
--

C 2.2 Erlernen von Methoden zur Reduktion von Genussmittelkonsum
--

C 2.3 Erlernen von Methoden zur Rückfallprävention
--

C 3 VERMITTLUNG VON TECHNIKEN ZUR FÖRDERUNG VON GESUNDHEITSVERHALTEN
--

C 3.1 Erlernen rückenschonender Haltungen und Bewegungen
--

C 3.2 Erlernen krankengymnastischer Übungen

C 3.3 Erwerb von Kenntnissen über krankheitsgerechte / gesunde Ernährung (z.B. Ernährungsberatung)
--

C 4 VERBESSERUNG DER STRESSBEWÄLTIGUNG
--

C 4.1 Erlernen eines Entspannungsverfahrens

C 4.2 Vermittlung von Information über Stressentstehung und -bewältigung
--

C 4.3 Förderung der Genussfähigkeit

C 99 NICHT NÄHER BEZEICHNETES PROBLEMFELD DER HAUPTGRUPPE C

ZIELDIMENSION D ZIELSETZUNG AUF DER EBENE DER AKTIVITÄTEN UND PARTIZIPATION**D 1 WIEDERHERSTELLUNG / ERHALT DER ARBEITSFÄHIGKEIT**

- D 1.1 Wiedereingliederung in das Erwerbsleben
- D 1.2 Steigerung der beruflichen Leistungsfähigkeit
- D 1.3 Durchführung einer Arbeitsbelastungserprobung
- D 1.4 Verbesserung des beruflichen Leistungsvermögens
- D 1.5 Klärung der beruflichen Situation
- D 1.6 Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit

D 2 BEARBEITUNG VON PROBLEMEN IM INTERPERSONELLEN BEREICH

- D 2.1 Aufbau sozialer Beziehungen
- D 2.2 Bearbeitung von interpersonellen Problemen im beruflichen Bereich
- D 2.3 Bearbeitung von interpersonellen Problemen im familiären Bereich
- D 2.4 Bearbeitung von Problemen in der Partnerschaft

D 3 VERBESSERUNG DER ALLTAGSBEWÄLTIGUNG

- D 3.1 Verbesserung der finanziellen Situation
- D 3.2 Verbesserung der Freizeitgestaltung

D 4 ERARBEITUNG VON ZUKUNFTSPERSPEKTIVEN

- D 4.1 Erarbeitung einer neuen beruflichen Orientierung / Zukunftsperspektive
- D 4.2 Erarbeitung von Zukunftsperspektiven im interpersonellen Bereich

D 99 NICHT NÄHER BEZEICHNETES PROBLEMFELD DER HAUPTGRUPPE D**999 NICHT NÄHER BEZEICHNETES PROBLEMFELD, KEINER DER 4 HAUPTGRUPPEN ZUZUORDNEN**

13.2 Modifikation und Überprüfung des Kategoriensystems psychotherapeutischer Zielsetzungen: Ergänzende Ergebnistabellen

13.2.1 Multinomiale logistische Regression

Tabelle 33 Adjusted Odds Ratios (OR): unabhängige Variable: Hauptkategorien, abhängige Variable: 5 Hauptdiagnosegruppen innerhalb des Indikationsbereichs Psychosomatik, Referenzgruppe: alle anderen $N_{\text{Referenz}}=194$, $N_{\text{Gesamt}}=999$

	Depressive Störungen (N=369)		Angststörungen (N=111)		Anpassungs- u. Belastungsstörungen (N=165)		Somatoforme Störungen (N=114)		Essstörungen (N=46)	
	p^a	OR ^b (95% CI ^c)	p^a	OR ^b (95% CI ^c)	p^a	OR ^b (95% CI ^c)	p^a	OR ^b (95% CI ^c)	p^a	OR ^b (95% CI ^c)
Symptomreduktion	.23	1.15 (0.9-1.46)	.01	1.48 (1.09-1.98)	.79	1.04 (0.78-1.38)	.01	0.62 (0.42-0.90)	.45	1.18 (0.77-1.79)
Emotion	.03	1.39 (1.04-1.86)	.87	0.97 (0.63-1.46)	.18	1.27 (0.89-1.80)	.82	0.95 (0.61-1.46)	.02	1.72 (1.10-2.68)
intrapyschisch	.05	1.64 (1.00-2.70)	.01	2.14 (1.21-3.75)	.38	1.30 (0.72-2.36)	.36	1.36 (0.70-2.60)	.99	1.00 (0.39-2.51)
Selbst	.02	1.45 (1.07-1.97)	.00	1.86 (1.26-2.71)	.38	1.18 (0.81-1.72)	.87	1.04 (0.66-1.61)	.00	2.21 (1.39-3.51)
Realität	.40	0.80 (0.47-1.34)	.34	0.70 (0.32-1.46)	.52	0.81 (0.43-1.52)	.66	0.85 (0.41-1.75)	.08	1.97 (0.93-4.15)
Biographie	.47	1.33 (0.61-2.91)	.52	0.67 (0.20-2.25)	.00	3.82 (1.74-8.37)	.65	0.76 (0.22-2.55)	.16	2.35 (0.72-7.62)
Motivation	.23	0.81 (0.57-1.14)	.04	0.57 (0.33-0.98)	.05	0.63 (0.39-.99)	.03	0.57 (0.34-0.95)	.04	0.38 (0.15-.96)
vegetative Probleme	.83	1.05 (0.65-1.68)	.71	1.13 (0.59-2.13)	.13	0.62 (0.32-1.15)	.01	2.08 (1.18-3.66)	.64	1.23 (0.51-2.93)
Schmerzen	.86	0.96 (0.63-1.46)	.67	0.88 (0.47-1.60)	.15	1.40 (0.88-2.21)	.03	1.67 (1.05-2.64)	.27	0.51 (0.15-1.68)
Risikofaktoren	.92	1.02 (0.72-1.42)	.37	0.79 (0.47-1.31)	.45	1.16 (0.78-1.72)	.06	0.59 (0.33-1.01)	.39	0.70 (0.31-1.57)
Informierung	.47	0.89 (0.64-1.22)	.02	1.57 (1.09-2.25)	.16	1.29 (0.90-1.83)	.00	2.18 (1.53-3.10)	.03	1.66 (1.04-2.63)
Risikoverhalten	.18	0.57 (0.25-1.29)	.04	0.11 (0.01-0.89)	.09	0.38 (0.12-1.16)	.14	0.36 (0.09-1.41)	.15	0.20 (0.02-1.74)
Stress	.08	1.35 (0.96-1.90)	.13	1.41 (0.90-2.20)	.01	1.74 (1.18-2.55)	.05	1.55 (1.00-2.38)	.13	1.59 (0.87-2.86)
Arbeitsfähigkeit	.67	1.11 (0.69-1.77)	.88	0.95 (0.49-1.83)	.58	1.17 (0.67-2.03)	.12	0.55 (0.26-1.17)	.07	0.16 (0.02-1.20)
Zukunftsperspektiven	.02	2.05 (1.10-3.82)	.40	1.42 (0.62-3.22)	.07	1.94 (0.95-3.94)	.92	.956 (0.37-2.43)	.85	0.88 (0.24-3.15)

Model Fitting Information: -2 Log Likelihood: 2515.9; Chi-Square: 250.7, df: 80; $p=.00$
Goodness-of-Fit (Pearson): Chi-Square: 3597.6; df: 3525; $p=.19$
Pseudo R-Square: Nagelkerke: .23

Anmerkungen: ^a Signifikanztest: Wald-Statistik; ^b Adjusted Odds Ratio; ^c 95% Konfidenzintervall; Fett: Erhöhung der Chance der Gruppenzugehörigkeit

Tabelle 34 Adjusted Odds Ratios (OR): unabhängige Variable: Hauptkategorien, abhängige Variable: Behandlungsart (verhaltenstherapeutisch, psychodynamisch orientiert) $N_{Gesamt}=999$

	Verhaltenstherapie (N=207)		psychodynamisch orientiert (N=293)	
	p ^a	OR ^b (95% CI ^c)	p ^a	OR ^b (95% CI ^c)
Symptomreduktion	.00	2.11 (1.59-2.81)	.00	0.47 (0.36-0.63)
Kognition	.00	3.45 (1.69-7.04)	.00	0.29 (0.14-0.59)
soziale Kompetenz	.02	1.37 (1.05-1.79)	.02	0.73 (0.56-0.95)
intrapsychische Aspekte	.00	0.30 (0.17-0.54)	.00	3.35 (1.85-6.05)
Aspekte des Selbst	.10	0.76 (0.55-1.06)	.10	1.31 (0.95-1.82)
Motivation	.02	0.60 (0.38-0.93)	.02	1.68 (1.07-2.64)
körperliche Leistungsfähigkeit	.00	0.55 (0.38-0.80)	.00	1.82 (1.26-2.64)
Risikoreduktion	.00	2.13 (1.39-3.27)	.00	0.47 (0.31-0.72)
Stressbewältigung	.00	3.27 (2.22-4.81)	.00	0.31 (0.21-0.45)
interpersonelle Probleme	.14	0.68 (0.41-1.14)	.14	1.47 (0.88-2.46)
Pseudo R-Square:		Nagelkerke: .58		
Model Fitting Information:		-2 Log Likelihood:448.01; Chi-Square: 501.50, df: 18; p=.00		
Goodness-of-Fit (Pearson):		Chi-Square: 932.92; df: 877; p=.93		

Anmerkungen: ^a Signifikanztest: Wald-Statistik; ^b Adjusted Odds Ratio; ^c 95% Konfidenzintervall; Fett: Erhöhung der Chance der Gruppenzugehörigkeit

Tabelle 35 Adjusted Odds Ratios (OR): unabhängige Variable: Hauptkategorien, abhängige Variable: Hauptdiagnosegruppen Abhängigkeitserkrankungen; Referenzgruppe: alle anderen plus zufällige Stichprobe (200) aus Psychosomatik $N_{Referenz}=237$, $N_{Gesamt}=393$

	Alkoholabhängigkeit (N=114)		Polytoxikomanie (N=29)	
	p ^a	OR ^b (95% CI ^c)	p ^a	OR ^b (95% CI ^c)
Risikoreduktion	.00	5.94 (2.18- 16.13)	.00	0.17 (0.06-0.45)
Alltagsbewältigung	.10	0.12 (0.02-0.71)	.01	8.07 (1.40-46.55)
Pseudo R-Square:		Nagelkerke: .25		
Model Fitting Information:		-2 Log Likelihood: 12.0; Chi-Square: 25.1, df: 2; p=.00		
Goodness-of-Fit (Pearson):		Chi-Square: .661; df: 4; p=.95		

Anmerkungen: ^a Signifikanztest: Wald-Statistik; ^b Adjusted Odds Ratio; ^c 95% Konfidenzintervall
Fett: signifikante Erhöhung der Chance der Gruppenzugehörigkeit

Tabelle 36 Adjusted Odds Ratios (OR): unabhängige Variable: Hauptkategorien, abhängige Variable: Behandlungsart (verhaltenstherapeutisch, psychodynamisch orientiert) $N_{\text{Gesamt}}=999$

	Psychosomatik (N=999)		Abhängigkeitserkrankungen (N=193)	
	p ^a	OR ^b (95% CI ^c)	p ^a	OR ^b (95% CI ^c)
Symptomreduktion	.00	3.30 (2.05-5.31)	.00	0.30 (0.19-0.49)
soziale Kompetenz	.02	0.74 (0.58-0.96)	.02	1.35 (1.04-1.74)
intrapsychische Aspekte	.05	1.77 (0.99-3.15)	.05	0.56 (0.32-1.00)
Aspekte des Selbst	.20	0.81 (0.59-1.12)	.20	1.23 (0.90-1.68)
Realitätsakzeptanz	.00	0.28 (0.19-0.43)	.00	3.52 (2.35-5.28)
biographische Aspekte	.00	0.40 (0.24-0.68)	.00	2.57 (1.53-4.32)
Motivation	.31	1.28 (0.79-2.08)	.30	0.77 (0.48-1.25)
körperliche Leistungsfähigkeit	.00	2.85 (1.59-5.10)	.00	0.35 (0.19-0.62)
vegetative Beschwerden	.00	5.41 (1.71-17.17)	.00	0.19 (0.06-0.59)
Risikoreduktion	.00	0.29 (0.21-0.41)	.00	3.44 (2.44-4.86)
Informationsvermittlung	.01	1.78 (1.17-2.69)	.01	0.56 (0.37-0.84)
Risikoverhalten	.00	0.08 (0.04-0.15)	.00	13.29 (6.72-26.29)
Gesundheitsverhalten	.03	3.93 (1.19-13.06)	.02	0.27 (0.09-0.83)
Stressbewältigung	.00	3.30 (1.89-5.74)	.00	0.30 (0.17-0.52)
Arbeitsfähigkeit	.01	0.54 (0.34-0.88)	.01	1.85 (1.15-2.97)
interpersonelle Probleme	.00	0.43 (0.29-0.64)	.00	2.30 (1.55-3.42)
Alltagsbewältigung	.04	0.35 (0.13-0.95)	.04	2.80 (1.05-7.47)
Zukunftsperspektiven	.14	0.70 (0.43-1.13)	.14	1.44 (0.88-2.33)
Pseudo R-Square:		Nagelkerke: .58		
Model Fitting Information:		-2 Log Likelihood:448.01; Chi-Square: 501.50; df: 18; p=.00		
Goodness-of-Fit (Pearson):		Chi-Square: 932.92; df: 877; p=.93		

Anmerkungen: ^a Signifikanztest: Wald-Statistik; ^b Adjusted Odds Ratio; ^c 95% Konfidenzintervall; Fett: Erhöhung der Chance der Gruppenzugehörigkeit

13.3 Profil psychotherapeutischer Zielsetzungen

13.3.1 Profil psychotherapeutischer Zielsetzungen - Therapeutenversion

Therapeutenbogen

zur Erfassung von Therapiezielen und deren Erreichung

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Auflistung möglicher Zielsetzungen für die Behandlung. Die Definition der Behandlungsziele soll **zu Beginn** der psychotherapeutischen Behandlung erfolgen.

Dabei sind in einem **ersten Schritt** von den **Zielbereichen (Spalte I)** mindestens die wichtigsten **zwei bis höchstens fünf** Zielbereiche durch ankreuzen auszuwählen.

In einem **zweiten Schritt** erfolgt die Auswahl der **spezifischen Behandlungsziele (Spalte II)** durch Ankreuzen, wobei je Zielbereich **Mehrfachnennungen** möglich sind. Eingerückte Zielsetzungen stellen Konkretisierungen der übergeordneten Zielformulierungen dar. Generell sollten die Zielsetzungen möglichst auf der konkretesten Ebene angegeben werden. Wenn „Sonstige“ angekreuzt wird, ist eine kurze Erläuterung erforderlich.

Beziehen Sie sich bei der Zielauswahl bitte auf die aus **Ihrer Sicht** therapeutisch relevanten Zielsetzungen für den Patienten/die Patientin.

Die Überprüfung der **Zielerreichung** erfolgt unmittelbar **nach der Abschlussuntersuchung** durch Ankreuzen der entsprechenden Kästchen in **Spalte III**. Sollte der Erfolg nicht beurteilbar sein, z.B. weil für die Zielerreichung relevante Kriterien in der Klinik nicht beobachtbar sind, dies bitte mit einer entsprechenden Begründung unter **Anmerkungen** am Ende des Fragebogens vermerken.

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Martinistraße 52, Haus S 35 – 20246 Hamburg
Ansprechpartner: Dipl.-Psych. Jörg Dirmaier
Telefon: 040 – 42803-9137
Fax: 040 – 42803-4940
email: dirmaier@uke.uni-hamburg.de



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Gesetzte Ziele zu Beginn der Behandlung		III: Behandlungsziele am Ende der Behandlung erreicht?				
I: Zielbereiche	II: Spezifische Behandlungsziele	vollständig	größtenteils	teils teils	eher nicht	überhaupt nicht
Zieldimension A: Zielsetzungen auf psychosozialer Ebene						
A 1	<input type="checkbox"/> Reduktion der spezifischen Symptomatik <input type="checkbox"/> Reduktion der Angstsymptomatik <input type="checkbox"/> Abbau von Vermeidungsverhalten <input type="checkbox"/> Abbau von Rückversicherungsverhalten <input type="checkbox"/> Reduktion der Aufmerksamkeitsfokussierung <input type="checkbox"/> Reduktion der depressiven Symptomatik <input type="checkbox"/> Aktivitätssteigerung <input type="checkbox"/> Verbesserung der Tagesstrukturierung <input type="checkbox"/> Antriebssteigerung <input type="checkbox"/> Abbau des Rückzugsverhaltens <input type="checkbox"/> Reduktion der somatoformen Symptomatik <input type="checkbox"/> Verbesserung der Schmerzbewältigung <input type="checkbox"/> Normalisierung des Essverhaltens <input type="checkbox"/> Reduktion der Tinnitusymptomatik <input type="checkbox"/> Reduktion der Schlafstörungen <input type="checkbox"/> Sonstige _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A 2	<input type="checkbox"/> Bearbeitung emotionaler Aspekte <input type="checkbox"/> Emotionale Entlastung und Stabilisierung <input type="checkbox"/> Abbau von Schuldgefühlen / Scham <input type="checkbox"/> Verbesserung des Umgangs mit Ärger / Wut / Aggression <input type="checkbox"/> Unterstützung eines adäquaten Trauerprozesses <input type="checkbox"/> Stimmungsaufhellung <input type="checkbox"/> Abbau von Versagensängsten <input type="checkbox"/> Verarbeitung erlebter Kränkungen <input type="checkbox"/> Verbesserung der Differenzierung und Wahrnehmung von Emotionen <input type="checkbox"/> Verbesserung der Wahrnehmung eigener Emotionen <input type="checkbox"/> Verbesserung der Wahrnehmung von Emotionen anderer <input type="checkbox"/> Verbesserung des Ausdrucks von Emotionen <input type="checkbox"/> Verbesserung der Impulskontrolle <input type="checkbox"/> Verbesserung der Affekttoleranz <input type="checkbox"/> Sonstige _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A 3	<input type="checkbox"/> Bearbeitung kognitiver Aspekte <input type="checkbox"/> Kognitive Umstrukturierung (z.B. Realitätstestung) <input type="checkbox"/> Verbesserung der Problemlösefähigkeiten <input type="checkbox"/> Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit <input type="checkbox"/> Sonstige _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A 4	<input type="checkbox"/> Förderung der sozialen Kompetenz <input type="checkbox"/> Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit <input type="checkbox"/> Verbesserung des Ausdrucks eigener Bedürfnisse und Meinungen <input type="checkbox"/> Verbesserung der sozialen Wahrnehmung <input type="checkbox"/> Verbesserung der Kritik- und Konfliktfähigkeit <input type="checkbox"/> Verbesserung der Integrationsfähigkeit <input type="checkbox"/> Verbesserung der Fähigkeit, Kontakte aufnehmen und aufrechterhalten zu können (Beziehungsfähigkeit) <input type="checkbox"/> Verbesserung der Anpassungs- und Kooperationsfähigkeit <input type="checkbox"/> Verbesserung von selbstbehauptenden Fähigkeiten <input type="checkbox"/> Aufbau selbstsicherer Verhaltensweisen <input type="checkbox"/> Förderung der Abgrenzungsfähigkeit (nein sagen können) <input type="checkbox"/> Förderung der Unabhängigkeit in Beziehungen <input type="checkbox"/> Sonstige _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesetzte Ziele zu Beginn der Behandlung		III: Behandlungsziele am Ende der Behandlung erreicht?								
		I: Zielbereiche	II: Spezifische Behandlungsziele		vollständig	größtenteils	teils teils	eher nicht	überhaupt nicht	
Zieldimension A:		Zielsetzungen auf psychosozialer Ebene								
A 5	<input type="checkbox"/> Bearbeitung intra-psychischer Aspekte	<input type="checkbox"/> Erlernen von Konfliktbewältigungskompetenzen	<input type="checkbox"/> Verbesserung der Konflikttoleranz	<input type="checkbox"/> Verbesserung der Konfliktwahrnehmung	<input type="checkbox"/> Bearbeitung des grundlegenden intrapsychischen Konflikts (z.B. des Autonomie-Abhängigkeitskonflikts)	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/> Sonstige _____				<input type="checkbox"/>				
A 6	<input type="checkbox"/> Entwicklung des Selbst	<input type="checkbox"/> Entwicklung eines realistischen Selbstbildes	<input type="checkbox"/> Steigerung der Selbstwirksamkeit	<input type="checkbox"/> Steigerung des Selbstwertgefühls / Selbstvertrauens	<input type="checkbox"/> Verbesserung der Introspektionsfähigkeit	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/> Verbesserung der Selbstwahrnehmung	<input type="checkbox"/> Verbesserung der Wahrnehmung eigener Wünsche und Bedürfnisse	<input type="checkbox"/> Steigerung der Selbstverantwortung / Eigenmotivation	<input type="checkbox"/> Stärkung / Förderung der Ich-Funktionen	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/> Sonstige _____				<input type="checkbox"/>				
A 7	<input type="checkbox"/> Akzeptierung der Realität	<input type="checkbox"/> Wahrnehmung und Akzeptanz von Belastungsgrenzen	<input type="checkbox"/> Verbesserung der Frustrationstoleranz	<input type="checkbox"/> Verbesserung der Körperakzeptanz	<input type="checkbox"/> Abbau der Selbstüberforderungstendenzen / Perfektionismus	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/> Verbesserung der Akzeptanz der Krankheit / Symptome	<input type="checkbox"/> Erarbeitung einer Krankheitseinsicht	<input type="checkbox"/> Sonstige _____		<input type="checkbox"/>				
A 8	<input type="checkbox"/> Bearbeiten biographisch relevanter Ereignisse	<input type="checkbox"/> Bearbeitung / Bewältigung eines vorangegangenen Trennungs- / Verlustgeschehens	<input type="checkbox"/> Bearbeitung traumatischer Lebensereignisse	<input type="checkbox"/> Aufarbeitung sexueller Gewalterlebnisse	<input type="checkbox"/> Bearbeitung der biographischen Ursachen der Symptomatik	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/> Bearbeitung der Beziehungen zur Herkunftsfamilie	<input type="checkbox"/> Sonstige _____			<input type="checkbox"/>				
A 9	<input type="checkbox"/> Entwicklung einer adäquaten Behandlungsmotivation	<input type="checkbox"/> Entwicklung eines tragfähigen therapeutischen Arbeitsbündnisses	<input type="checkbox"/> Aufbau einer stabilen Psychotherapiemotivation	<input type="checkbox"/> Motivierung für Nachsorgemaßnahmen	<input type="checkbox"/> Zielklärung	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/> Motivierung für ambulante Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Motivierung zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/> Sonstige _____		<input type="checkbox"/>				
A 10	<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> Psychische Stabilisierung / Erholung / Ruhe	<input type="checkbox"/> Aktivierung von Ressourcen	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/> _____				<input type="checkbox"/>				

Gesetzte Ziele zu Beginn der Behandlung		III: Behandlungsziele am Ende der Behandlung erreicht?							
		I: Zielbereiche	II: Spezifische Behandlungsziele		vollständig	größtenteils	teils teils	eher nicht	überhaupt nicht
Zieldimension B: Zielsetzungen auf somatischer Ebene									
B 1	<input type="checkbox"/> Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/> Körperliche Erholung / Stabilisierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Steigerung der Beweglichkeit / Muskelkoordination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Steigerung der körperlichen Ausdauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Verbesserung der Körperwahrnehmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Körperliche Kräftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Kräftigung der Rückenmuskulatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Sonstige _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B 2	<input type="checkbox"/> Linderung vegetativer Beschwerden	<input type="checkbox"/> Lockerung der muskulären Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Verbesserung von Störungen des Herz-Kreislaufsystems (z.B. Blutdruckoptimierung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Linderung von Beschwerden des Gastrointestinaltrakts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Sonstige _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B 3	<input type="checkbox"/> Linderung von Schmerzen	<input type="checkbox"/> Linderung von Schmerzen im Bewegungsapparat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Linderung von Schmerzen / Beschwerden im Wirbelsäulenbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Linderung von Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Linderung von Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Sonstige _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B 4	<input type="checkbox"/> Reduzierung von Risikoverhalten / -Faktoren	<input type="checkbox"/> Verbesserung des Ernährungszustandes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Gewichtsreduktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Reduzierung / Abstinenz von Suchtmittelgebrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Nikotinreduktion / Abstinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Alkoholreduktion / Abstinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Reduktion der Medikamentenabhängigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Verbesserung der Stoffwechselformparameter (z.B. Blutzucker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Normalisierung der Cholesterinwerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Verbesserung der Leberwerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/> Sonstige _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B 5	<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Gesetzte Ziele zu Beginn der Behandlung		III: Behandlungsziele am Ende der Behandlung erreicht?							
		I: Zielbereiche	II: Spezifische Behandlungsziele		vollständig	größtenteils	teils teils	eher nicht	überhaupt nicht
Zieldimension C: Zielsetzungen auf edukativer Ebene									
C 1	<input type="checkbox"/> Vermittlung von Informationen über die Krankheit	<input type="checkbox"/> Vermittlung eines Erklärungsmodells für Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Analyse von symptomauslösenden Bedingungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Analyse von symptomaufrechterhaltenden Bedingungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Vermittlung eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Vermittlung des psychodynamischen Hintergrunds der Symptomatik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Vermittlung eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Sonstige _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 2	<input type="checkbox"/> Vermittlung von Methoden zum Abbau von Risikoverhalten	<input type="checkbox"/> Erlernen von Methoden zur Reduktion von Drogenkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Erlernen von Methoden zur Reduktion von Genussmittelkonsum (z.B. Nichtrauchertraining)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Erlernen von Methoden zur Rückfallprävention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Sonstige _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 3	<input type="checkbox"/> Vermittlung von Techniken zur Förderung von Gesundheitsverhalten	<input type="checkbox"/> Erlernen rückenschonender Haltungen und Bewegungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Erlernen krankengymnastischer Übungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Erwerb von Kenntnissen über krankheitsgerechte / gesunde Ernährung (z.B. Ernährungsberatung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Sonstige _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 4	<input type="checkbox"/> Verbesserung der Stressbewältigung	<input type="checkbox"/> Erlernen eines Entspannungsverfahrens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Vermittlung von Information über Stressentstehung und -bewältigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Förderung der Genussfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Sonstige _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 5	<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesetzte Ziele zu Beginn der Behandlung		III: Behandlungsziele am Ende der Behandlung erreicht?					
I: Zielbereiche	II: Spezifische Behandlungsziele	vollständig	größtenteils	teils teils	eher nicht	überhaupt nicht	
Zieldimension D: Zielsetzungen auf der Ebene der Aktivitäten und Partizipation							
D 1	<input type="checkbox"/> Wiederherstellung / Erhalt der Arbeitsfähigkeit	<input type="checkbox"/> Wiedereingliederung in das Erwerbsleben	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/> Steigerung der beruflichen Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/> Durchführung einer Arbeitsbelastungserprobung	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/> Verbesserung des beruflichen Leistungsvermögens	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/> Klärung der beruflichen Situation	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/> Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/> Sonstige _____	<input type="checkbox"/>				
D 2	<input type="checkbox"/> Bearbeitung von Problemen im interpersonellen Bereich	<input type="checkbox"/> Aufbau sozialer Beziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Bearbeitung von interpersonellen Problemen im beruflichen Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Bearbeitung von interpersonellen Problemen im familiären Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Bearbeitung von Problemen in der Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Sonstige _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D 3	<input type="checkbox"/> Verbesserung der Alltagsbewältigung	<input type="checkbox"/> Verbesserung der finanziellen Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Verbesserung der Freizeitgestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Sonstige _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D 4	<input type="checkbox"/> Erarbeitung von Zukunftsperspektiven	<input type="checkbox"/> Erarbeitung einer neuen beruflichen Orientierung / Zukunftsperspektive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Erarbeitung von Zukunftsperspektiven im interpersonellen Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Sonstige _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D 5	<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ANMERKUNGEN:

13.3.2 Profil psychotherapeutischer Zielsetzungen - Patientenversion

Ihre Therapieziele für diese stationäre Behandlung

Die Auswahl von Zielen ist eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie. Deswegen möchten wir von Ihnen wissen, welche Ziele Sie sich selbst **zu Beginn** für Ihre Reha-Behandlung vorgenommen haben und ob Sie diese **am Ende** der Behandlung erreicht haben. Gehen Sie hierfür bitte der Reihe nach folgende zwei Schritte durch:

1. Schritt:

Bitte lesen Sie zunächst die Liste mit möglichen Therapiezielen einmal ganz durch, um so einen Überblick über mögliche Ziele Ihrer Therapie zu gewinnen. Kreuzen Sie dann die Ziele an, die Sie während Ihres stationären Aufenthalts verfolgen wollen. Da es sinnvoll ist, sich zunächst auf die wichtigsten Ziele zu konzentrieren, beschränken Sie sich bitte auf **bis zu fünf Zielsetzungen**. Tragen Sie bitte dann die Nummern Ihrer **wichtigsten** Ziele für Ihren stationären Aufenthalt in die dafür vorgesehenen Kästchen auf der letzten Seite. Sie können **bis zu fünf** Nummern eintragen.

2. Schritt:

Bitte führen Sie diesen Schritt erst am Ende der Behandlung durch: Vor Entlassung aus der Klinik werden wir Ihnen den Zielbogen erneut vorlegen mit der Frage, in welchem Ausmaß Sie Ihre fünf wichtigsten Therapieziele erreicht haben. Kreuzen Sie hierfür bitte die auf der letzten Seite dafür vorgegebenen Kästchen an.

Mit Hilfe des stationären Aufenthalts möchte ich...	
Seelische Probleme und Symptome	<input type="checkbox"/> ₁ den Verlust einer nahestehenden Person verarbeiten
	<input type="checkbox"/> ₂ meine Zeit alleine gestalten lernen
	<input type="checkbox"/> ₃ wieder mehr Lebensfreude empfinden
	<input type="checkbox"/> ₄ meine Ängste und Angstanfälle besser in den Griff bekommen
	<input type="checkbox"/> ₅ weniger Grübeln müssen
	<input type="checkbox"/> ₆ Abstand von einer belastenden Situation gewinnen
	<input type="checkbox"/> ₇ aus meiner gedrückten Stimmung, Traurigkeit oder inneren Leere herauskommen
	<input type="checkbox"/> ₈ innere Konflikte lösen
	<input type="checkbox"/> ₉ mit Stimmungsschwankungen besser umgehen lernen
	<input type="checkbox"/> ₁₀ lernen, mich von Misserfolgen nicht so leicht entmutigen zu lassen
	<input type="checkbox"/> ₁₁ neuen Sinn im Leben finden
	<input type="checkbox"/> ₁₂ optimistischer denken lernen
Körperliche Probleme und Symptome	<input type="checkbox"/> ₁₃ mit meiner körperlichen Erkrankung umgehen lernen
	<input type="checkbox"/> ₁₄ mit meinem Gewicht umgehen lernen (es reduzieren oder akzeptieren)
	<input type="checkbox"/> ₁₅ meine Schmerzen besser bewältigen können
	<input type="checkbox"/> ₁₆ meine körperlichen Beschwerden und Einschränkungen vermindern
	<input type="checkbox"/> ₁₇ meine Muskelverspannungen lindern
	<input type="checkbox"/> ₁₈ weniger Schmerzen haben
	<input type="checkbox"/> ₁₉ wieder besser schlafen können
	<input type="checkbox"/> ₂₀ wieder mehr Antrieb und Energie bekommen

Selbstbezogene Veränderungs- bereiche	<input type="checkbox"/> ₂₁ meine Gefühle und Bedürfnisse besser wahrnehmen und ausdrücken können
	<input type="checkbox"/> ₂₂ lernen, mich in meinem Körper wohler zu fühlen
	<input type="checkbox"/> ₂₃ Kontrolle und Verantwortung abgeben lernen
	<input type="checkbox"/> ₂₄ meine Vergangenheit besser verstehen können
	<input type="checkbox"/> ₂₅ mich als suchtkrank akzeptieren
	<input type="checkbox"/> ₂₆ ein außergewöhnlich stark belastendes Ereignis (oder mehrere) in meinem Leben verarbeiten
	<input type="checkbox"/> ₂₇ meine Grenzen besser erkennen und danach handeln lernen
	<input type="checkbox"/> ₂₈ mich akzeptieren lernen, so wie ich bin
	<input type="checkbox"/> ₂₉ meine hohen Leistungsansprüche an mich oder an andere abbauen bzw. meinen Perfektionismus mäßigen
	<input type="checkbox"/> ₃₀ selbstbewusster und selbstsicherer werden

Veränderung von Problem- und Risikoverhalten	<input type="checkbox"/> ₃₁ bestimmte Situationen auch ohne Suchtmittel bewältigen können
	<input type="checkbox"/> ₃₂ meinen Suchtmittelkonsum kontrollieren lernen
	<input type="checkbox"/> ₃₃ ohne Suchtmittel leben lernen
	<input type="checkbox"/> ₃₄ meine Probleme schneller erkennen und mich anders verhalten können
	<input type="checkbox"/> ₃₅ bestimmte Dinge wieder tun können, die ich bisher aus Angst vermieden habe
	<input type="checkbox"/> ₃₆ lernen, bzgl. meines Suchtverhaltens nicht mehr rückfällig zu werden
	<input type="checkbox"/> ₃₇ einen gesünderen Lebensstil entwickeln
	<input type="checkbox"/> ₃₈ weniger Rauchen oder ganz aufhören
	<input type="checkbox"/> ₃₉ lernen, besser mit Stress umgehen zu können
	<input type="checkbox"/> ₄₀ lernen, mich zu entspannen
	<input type="checkbox"/> ₄₁ einen angemessenen Umgang mit meiner Erkrankung erlernen

Veränderungen auf der Ebene zwischen- menschlichen Ver- haltens	<input type="checkbox"/> ₄₂ lernen, mit Kritik besser umgehen zu können
	<input type="checkbox"/> ₄₃ lernen, mich in Konflikten besser behaupten zu können
	<input type="checkbox"/> ₄₄ lernen, besser mit Menschen in Kontakt zu treten und Kontakte zu pflegen
	<input type="checkbox"/> ₄₅ nein sagen zu können, wenn ich etwas nicht will
	<input type="checkbox"/> ₄₆ lernen, mich besser durchsetzen zu können
	<input type="checkbox"/> ₄₇ Kritik besser äußern können, wenn ich etwas nicht für richtig halte
	<input type="checkbox"/> ₄₈ Angst und Unsicherheit in Gegenwart anderer Menschen überwinden
	<input type="checkbox"/> ₄₉ die Beziehung zu meinem Partner/meiner Partnerin verbessern
	<input type="checkbox"/> ₅₀ mehr Nähe und Vertrauen zu anderen Menschen aufbauen lernen
	<input type="checkbox"/> ₅₁ in Beziehungen selbstständiger und unabhängiger werden
	<input type="checkbox"/> ₅₂ mich auf eine neue Partnerschaft vorbereiten oder einstellen
	<input type="checkbox"/> ₅₃ das Sexualleben mit meinem Partner oder Partnerin verbessern
	<input type="checkbox"/> ₅₄ die Ursachen meiner Erkrankung herausfinden
<input type="checkbox"/> ₅₅ mein Verhalten gegenüber meinen Kindern verändern	

Mit Hilfe des stationären Aufenthalts möchte ich...

Information und Beratung	<input type="checkbox"/> ₅₆ Zusammenhänge zwischen äußeren Umständen und meinen Beschwerden erkennen
	<input type="checkbox"/> ₅₇ Zusammenhänge zwischen seelischen und körperlichen Vorgängen besser verstehen können
	<input type="checkbox"/> ₅₈ mehr Information über Psychosomatik und Psychotherapie erhalten
	<input type="checkbox"/> ₅₉ Information über weitere Therapiemaßnahmen (z.B. Selbsthilfegruppen) nach diesem stationären Aufenthalt erhalten
	<input type="checkbox"/> ₆₀ Information über berufsfördernde Maßnahmen erhalten

Veränderung in alltäglichen Lebensbereichen wie Beruf, Freizeit	<input type="checkbox"/> ₆₁ wieder besser arbeiten können
	<input type="checkbox"/> ₆₂ Alltagsangelegenheiten besser in den Griff bekommen
	<input type="checkbox"/> ₆₃ neue Interessen und Freizeitaktivitäten entwickeln
	<input type="checkbox"/> ₆₄ lernen, mir mehr zu gönnen und Dinge besser genießen zu können
	<input type="checkbox"/> ₆₅ körperlich fit werden für den Alltag
	<input type="checkbox"/> ₆₆ neue berufliche Zukunftsperspektiven entwickeln
	<input type="checkbox"/> ₆₇ Probleme im Beruf oder Ausbildung besser bewältigen
	<input type="checkbox"/> ₆₈ wieder arbeitsfähig werden
	<input type="checkbox"/> ₆₉ meinen Arbeitsplatz behalten
	<input type="checkbox"/> ₇₀ lernen, Angefangenes zu Ende zu führen
	<input type="checkbox"/> ₇₁ mehr mit Partner oder Freunden unternehmen
	<input type="checkbox"/> ₇₂ mehr Sport und andere körperliche Aktivitäten betreiben

Haben Sie noch andere Ziele, die in dem Fragebogen nicht enthalten sind? Wenn ja, haben Sie hier die Möglichkeit, diese bitte möglichst knapp und konkret zu formulieren.	<input type="checkbox"/> ₇₃
	<input type="checkbox"/> ₇₄
	<input type="checkbox"/> ₇₅
	<input type="checkbox"/> ₇₆
	<input type="checkbox"/> ₇₇

1. Schritt (bitte zu Beginn der Behandlung ausfüllen)	
Bitte tragen Sie hier die Zielnummern Ihrer <u>fünf wichtigsten</u> Ziele aus der Zielliste ein:	
1.	Nr. _____
2.	Nr. _____
3.	Nr. _____
4.	Nr. _____
5.	Nr. _____

2. Schritt (bitte erst am Ende der Behandlung ausfüllen)					
Inwieweit haben Sie Ihre anfänglich angestrebten Ziele erreicht? Bitte den Grad der jeweiligen Zielerreichung ankreuzen!					
vollständig	größtenteils	teils teils	eher nicht	überhaupt nicht	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Vielen Dank für Ihre Angaben!

13.4 Auswahl weiterer eingesetzter Instrumente

13.4.1 Arzt- / Therapeutenbogen zur Ergebnismessung (Auswahl)

Aufnahmedatum: _____

Bitte bei Aufnahme ausfüllen:

ALLGEMEINE ANGABEN				
Art der Maßnahme	<input type="checkbox"/> ARB / AHB	<input type="checkbox"/> stat. HV	<input type="checkbox"/> sonstige	
Rentner/in	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
Rentenantrag	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
Kostenträger	<input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> private KV	<input type="checkbox"/> LVA <input type="checkbox"/> sonstige	<input type="checkbox"/> BfA	<input type="checkbox"/> Knappschaft (RV)

DIAGNOSEN									
Diagnosen nach ICD-10 (Text)	ICD-10 Schlüssel					Zusätze			
						A	B	C	D
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									

A: Diagnosezusatz 0 = kein Zusatz erforderlich 1 = z.Zt. erscheinungsfrei 2 = akuter Schub/Rezidiv 3 = chronisch progredient 4 = Zustand nach	B: Sicherheit der Diagnose 0 = gesichert 1 = fraglich, Verdacht auf ...	C: Schweregrad 0 = unauffällig 1 = leicht 2 = mittel 3 = schwer	D: Behandlungsbedarf in Ihrer Reha-Klinik 0 = nicht vorhanden 1 = gering 2 = schwer
---	--	--	---

Chronifizierung der Haupterkrankung (in Jahren) ca.	<input type="checkbox"/> < 1 J. <input type="checkbox"/> 1-2 J. <input type="checkbox"/> 3-5 J. <input type="checkbox"/> 5-10 J. <input type="checkbox"/> > 10 Jahre <input type="checkbox"/> nicht beurteilbar <input type="checkbox"/> Akutereignis
--	--

Reha-Motivation (1=sehr hohe Motivation; 6=keine Motivation)	sehr hohe Motivation	<input type="checkbox"/> 1----- <input type="checkbox"/> 2----- <input type="checkbox"/> 3----- <input type="checkbox"/> 4----- <input type="checkbox"/> 5----- <input type="checkbox"/> 6	keine Motivation
--	----------------------	--	------------------

Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand zu Behandlungsbeginn (SF-8)

1	Wie würden Sie den Gesundheitszustand des Patienten/der Patientin in der <u>vergangenen Woche</u> im Allgemeinen beschreiben?					
	ausgezeichnet <input type="checkbox"/> ₁	sehr gut <input type="checkbox"/> ₂	gut <input type="checkbox"/> ₃	weniger gut <input type="checkbox"/> ₄	schlecht <input type="checkbox"/> ₅	sehr schlecht <input type="checkbox"/> ₆
2	Wie sehr haben Probleme mit der körperlichen Gesundheit den Patienten/die Patientin in der <u>vergangenen Woche</u> bei normalen körperlichen Tätigkeiten eingeschränkt (zu Fuß gehen, Treppen steigen)?					
	überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₁	sehr wenig <input type="checkbox"/> ₂	mäßig <input type="checkbox"/> ₃	ziemlich <input type="checkbox"/> ₄	war zu körperlichen Tätigkeiten nicht in der Lage <input type="checkbox"/> ₅	
3	Inwieweit hatte der Patient/die Patientin in der <u>vergangenen Woche</u> wegen seiner/ihrer körperlichen Gesundheit Schwierigkeiten bei der Ausübung seiner/ihrer täglichen Arbeit bzw. Tätigkeiten zu Hause und außer Haus?					
	überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₁	ein bisschen <input type="checkbox"/> ₂	mäßig <input type="checkbox"/> ₃	ziemlich <input type="checkbox"/> ₄	war zu alltäglichen Tätigkeiten nicht in der Lage <input type="checkbox"/> ₅	
4	Wie stark waren die Schmerzen des Patienten/der Patientin in der <u>vergangenen Woche</u>?					
	hatte keine Schmerzen <input type="checkbox"/> ₁	sehr leicht <input type="checkbox"/> ₂	leicht <input type="checkbox"/> ₃	mäßig <input type="checkbox"/> ₄	stark <input type="checkbox"/> ₅	sehr stark <input type="checkbox"/> ₆
5	Wie viel Energie hatte der Patient/die Patientin in der <u>vergangenen Woche</u>?					
	sehr viel <input type="checkbox"/> ₁	ziemlich viel <input type="checkbox"/> ₂	mäßig viel <input type="checkbox"/> ₃	ein wenig <input type="checkbox"/> ₄	gar keine <input type="checkbox"/> ₅	
6	Wie sehr haben die körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme des Patienten/der Patientin in der <u>vergangenen Woche</u> seine/ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen oder Freunden eingeschränkt?					
	überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₁	sehr wenig <input type="checkbox"/> ₂	mäßig <input type="checkbox"/> ₃	ziemlich <input type="checkbox"/> ₄	war zu diesen Kontakten nicht in der Lage <input type="checkbox"/> ₅	
7	Wie sehr haben dem Patienten/der Patientin <u>seelische Probleme</u> (z.B. Angst, Niedergeschlagenheit oder Reizbarkeit) in der <u>vergangenen Woche</u> zu schaffen gemacht?					
	überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₁	etwas <input type="checkbox"/> ₂	mäßig <input type="checkbox"/> ₃	ziemlich <input type="checkbox"/> ₄	sehr <input type="checkbox"/> ₅	
8	Wie sehr haben die persönlichen oder seelischen Probleme des Patienten/der Patientin ihn/sie in der <u>vergangen Woche</u> daran gehindert, seine/ihre normalen Tätigkeiten im Beruf, in der Schule/im Studium oder andere alltägliche Tätigkeiten auszuüben?					
	überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₁	sehr wenig <input type="checkbox"/> ₂	etwas <input type="checkbox"/> ₃	ziemlich <input type="checkbox"/> ₄	konnte alltägliche Aktivitäten nicht ausführen <input type="checkbox"/> ₅	

Bitte bei Entlassung ausfüllen:

Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand zu Behandlungsende (SF-8)

1 Wie würden Sie den Gesundheitszustand des Patienten/der Patientin in der <u>vergangenen Woche</u> im Allgemeinen beschreiben?					
ausgezeichnet <input type="checkbox"/> ₁	sehr gut <input type="checkbox"/> ₂	gut <input type="checkbox"/> ₃	weniger gut <input type="checkbox"/> ₄	schlecht <input type="checkbox"/> ₅	sehr schlecht <input type="checkbox"/> ₆
2 Wie sehr haben Probleme mit der körperlichen Gesundheit den Patienten/die Patientin in der <u>vergangenen Woche</u> bei normalen körperlichen Tätigkeiten eingeschränkt (zu Fuß gehen, Treppen steigen)?					
überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₁	sehr wenig <input type="checkbox"/> ₂	mäßig <input type="checkbox"/> ₃	ziemlich <input type="checkbox"/> ₄	war zu körperlichen Tätigkeiten nicht in der Lage <input type="checkbox"/> ₅	
3 Inwieweit hatte der Patient/die Patientin in der <u>vergangenen Woche</u> wegen seiner/ihrer körperlichen Gesundheit Schwierigkeiten bei der Ausübung seiner/ihrer täglichen Arbeit bzw. Tätigkeiten zu Hause und außer Haus?					
überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₁	ein bisschen <input type="checkbox"/> ₂	mäßig <input type="checkbox"/> ₃	ziemlich <input type="checkbox"/> ₄	war zu alltäglichen Tätigkeiten nicht in der Lage <input type="checkbox"/> ₅	
4 Wie stark waren die Schmerzen des Patienten/der Patientin in der <u>vergangenen Woche</u>?					
hatte keine Schmerzen <input type="checkbox"/> ₁	sehr leicht <input type="checkbox"/> ₂	leicht <input type="checkbox"/> ₃	mäßig <input type="checkbox"/> ₄	stark <input type="checkbox"/> ₅	sehr stark <input type="checkbox"/> ₆
5 Wie viel Energie hatte der Patient/die Patientin in der <u>vergangenen Woche</u>?					
sehr viel <input type="checkbox"/> ₁	ziemlich viel <input type="checkbox"/> ₂	mäßig viel <input type="checkbox"/> ₃	ein wenig <input type="checkbox"/> ₄	gar keine <input type="checkbox"/> ₅	
6 Wie sehr haben die körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme des Patienten/der Patientin in der <u>vergangenen Woche</u> seine/ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen oder Freunden eingeschränkt?					
überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₁	sehr wenig <input type="checkbox"/> ₂	mäßig <input type="checkbox"/> ₃	ziemlich <input type="checkbox"/> ₄	war zu diesen Kontakten nicht in der Lage <input type="checkbox"/> ₅	
7 Wie sehr haben dem Patienten/der Patientin <u>seelische Probleme</u> (z.B. Angst, Niedergeschlagenheit oder Reizbarkeit) in der <u>vergangenen Woche</u> zu schaffen gemacht?					
überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₁	etwas <input type="checkbox"/> ₂	mäßig <input type="checkbox"/> ₃	ziemlich <input type="checkbox"/> ₄	sehr <input type="checkbox"/> ₅	
8 Wie sehr haben die persönlichen oder seelischen Probleme des Patienten/der Patientin ihn/sie in der <u>vergangen Woche</u> daran gehindert, seine/ihre normalen Tätigkeiten im Beruf, in der Schule/im Studium oder andere alltägliche Tätigkeiten auszuüben?					
überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₁	sehr wenig <input type="checkbox"/> ₂	etwas <input type="checkbox"/> ₃	ziemlich <input type="checkbox"/> ₄	konnte alltägliche Aktivitäten nicht ausführen <input type="checkbox"/> ₅	

ALLGEMEINE ANGABEN	
Dauer der Rehabilitation	_____ Tage
Arbeitsfähigkeit bei Entlassung	nur bei erwerbstätigen Pat. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leistungsfähigkeit - bezogen auf die letzte Tätigkeit -	
<input type="checkbox"/> mind. 6 Std <input type="checkbox"/> 3 bis unter 6 Std. <input type="checkbox"/> weniger als 3 Std.s <input type="checkbox"/> keine Angabe erforderlich	
Leistungsfähigkeit - bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt - (s.o.)	
<input type="checkbox"/> mind. 6 Std <input type="checkbox"/> 3 bis unter 6 Std. <input type="checkbox"/> weniger als 3 Std. <input type="checkbox"/> keine Angabe erforderlich	
Motivation für weitere Reha-Maßnahmen (Nachsorge) <small>(1=sehr hohe Motivation; 6=keine Motivation)</small>	sehr hohe Motivation <input type="checkbox"/> ₁ ----- <input type="checkbox"/> ₂ ----- <input type="checkbox"/> ₃ ----- <input type="checkbox"/> ₄ ----- <input type="checkbox"/> ₅ ----- <input type="checkbox"/> ₆ keine Motivation

Wie bewerten Sie das Ergebnis der Rehabilitationsbehandlung insgesamt?
(0 = sehr schlecht bis 10 = ausgezeichnet)

sehr schlecht [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] ausgezeichnet

Vielen Dank für Ihre Angaben!

13.4.2 Patientenbogen zu Beginn der stationären Behandlung (Auswahl)

Angaben zur Person

1 Ihr Geschlecht?	Ihr Alter?	Ihr Gewicht?	Ihre Größe?
<input type="checkbox"/> ₁ weiblich <input type="checkbox"/> ₂ männlich	_____ Jahre	_____ kg	_____ cm
2 Wie ist Ihr aktueller Familienstand?	3 In welcher Partnersituation leben Sie?		
<input type="checkbox"/> ₁ ledig <input type="checkbox"/> ₂ verheiratet <input type="checkbox"/> ₃ getrennt lebend <input type="checkbox"/> ₄ geschieden <input type="checkbox"/> ₅ verwitwet <input type="checkbox"/> ₆ wieder verheiratet	<input type="checkbox"/> ₁ kurzfristig kein(e) Partner(in) (bis zu 1 Jahr) <input type="checkbox"/> ₂ langfristig kein(e) Partner(in) (mehr als 1 Jahr) <input type="checkbox"/> ₃ wechselnde(r) Partner(innen) <input type="checkbox"/> ₄ feste(r) Partner(in) (Ehepartner(in)) <input type="checkbox"/> ₅ feste(r) Partner(in) (nicht Ehepartner(in))		
4 Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?	5 Welchen höchsten Berufsabschluss haben Sie?		
<input type="checkbox"/> ₁ noch in der Schule <input type="checkbox"/> ₂ kein Schulabschluss <input type="checkbox"/> ₃ Sonderschulabschluss <input type="checkbox"/> ₄ Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> ₅ Realschulabschluss <input type="checkbox"/> ₆ Fachabitur/Abitur <input type="checkbox"/> ₉ sonstiges	<input type="checkbox"/> ₁ noch in der Berufsausbildung <input type="checkbox"/> ₂ Lehre/ Fachschule <input type="checkbox"/> ₃ Meister <input type="checkbox"/> ₄ Fachhochschule/Universität <input type="checkbox"/> ₅ ohne Berufsabschluss <input type="checkbox"/> ₉ sonstiges		
6 Welche berufliche Position nehmen Sie gegenwärtig ein? (falls Sie arbeitslos bzw. berentet sind, geben Sie bitte Ihre <u>letzte</u> Position an)			
Arbeiter(in):		Angestellte(r)	Beamtin/Beamter
<input type="checkbox"/> ₁ ungelernte(r), angelernte(r)	<input type="checkbox"/> ₄ einfacher Ang.	<input type="checkbox"/> ₈ einfacher Dienst (A1-4)	
<input type="checkbox"/> ₂ Facharbeiter(in)	<input type="checkbox"/> ₅ mittlerer Ang.	<input type="checkbox"/> ₉ mittlerer Dienst (A5-8)	
<input type="checkbox"/> ₃ Meister(in)	<input type="checkbox"/> ₆ höherer Ang.	<input type="checkbox"/> ₁₀ gehobener Dienst (A9-13)	
	<input type="checkbox"/> ₇ hochqualifizierter / ltd. Ang.	<input type="checkbox"/> ₁₁ höherer Dienst (A14-16)	
Selbständige(r)			
<input type="checkbox"/> ₁₂ kleiner Handwerks-, Landwirts-, Gewerbebetrieb		<input type="checkbox"/> ₁₅ sonstiges	
<input type="checkbox"/> ₁₃ mittlerer Handwerks-, Landwirts-, Gewerbebetrieb		<input type="checkbox"/> ₁₆ nie erwerbstätig	
<input type="checkbox"/> ₁₄ Akademiker(in), Freiberufler(in), Unternehmer(in) (größerer Betrieb)			

7 Wie ist Ihre aktuelle berufliche Situation?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ berufstätig, Vollzeit | <input type="checkbox"/> ₁₀ Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente,
Erwerbsminderungsrente |
| <input type="checkbox"/> ₂ berufstätig, Teilzeit | seit: . _ _ _ . _ _ _
Monat Jahr |
| <input type="checkbox"/> ₃ berufstätig, gelegentlich | <input type="checkbox"/> ₁₁ Frührente, Frühpension |
| <input type="checkbox"/> ₄ mithelfender Familienangehöriger,
nicht berufstätig | seit: . _ _ _ . _ _ _
Monat Jahr |
| <input type="checkbox"/> ₅ Hausfrau/-mann, nicht berufstätig | <input type="checkbox"/> ₁₂ Altersrente/Pension |
| <input type="checkbox"/> ₆ Ausbildung | <input type="checkbox"/> ₁₃ Witwen-/Witwer-Rente |
| <input type="checkbox"/> ₇ Wehr-/Zivildienst/freiw. soz. Jahr | <input type="checkbox"/> ₁₄ anderweitig ohne berufliche Beschäftigung |
| <input type="checkbox"/> ₈ geschützt beschäftigt | <input type="checkbox"/> ₁₅ unbekannt/unklar |
| <input type="checkbox"/> ₉ arbeitslos gemeldet | |

8 Sind Sie derzeit arbeitsunfähig/krankgeschrieben?

- ₁ ja → seit wie vielen Wochen ununterbrochen? |_|_|_|_| (999 = unbekannt)
- ₀ nein

9 Haben Sie einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt?

- ₁ ja → Wann haben Sie den Antrag gestellt? .|_|_|_|_|.|_|_|_|_|
..... Monat Jahr
-
- ₀ nein → Beabsichtigen Sie in naher Zukunft, einen Antrag
auf Erwerbsminderungsrente zu stellen? ₁ ja ₀ nein

10 Sie finden nachstehend eine Liste von **Problemen und Beschwerden**, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie sich jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie **in den letzten sieben Tagen** durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an.

Bitte beantworten Sie jede Frage!

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...?

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1 Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	<input type="checkbox"/>				
2 Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	<input type="checkbox"/>				
3 Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	<input type="checkbox"/>				
4 dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen	<input type="checkbox"/>				
5 Schwermut	<input type="checkbox"/>				
6 Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	<input type="checkbox"/>				
7 Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	<input type="checkbox"/>				
8 Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>				
9 einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	<input type="checkbox"/>				
10 Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>				
11 Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	<input type="checkbox"/>				
12 Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	<input type="checkbox"/>				
13 dem Gefühl, wertlos zu sein	<input type="checkbox"/>				
14 der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	<input type="checkbox"/>				

11

Fragen zu Ihrem Befinden

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Aussagen die Antwort an, die Ihrem Befinden während der letzten Woche am besten entspricht/entsprochen hat.

Antworten: 0 selten oder überhaupt nicht (weniger als 1 Tag)
 1 manchmal (1 bis 2 Tage lang)
 2 öfters (3 bis 4 Tage lang)
 3 meistens, die ganze Zeit (5 bis 7 Tage lang)

Während der letzten Woche ...

	selten 0	manchmal 1	öfters 2	meistens 3
1. haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2. konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl mich meine Freunde/ Familie versuchten, aufzumuntern	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3. hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4. war ich deprimiert/ niedergeschlagen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5. war alles anstrengend für mich	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6. dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
7. hatte ich Angst	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
8. habe ich schlecht geschlafen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
9. war ich fröhlich gestimmt	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
10. habe ich weniger als sonst geredet	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
11. fühlte ich mich einsam	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
12. habe ich das Leben genossen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
13. war ich traurig	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
14. hatte ich das Gefühl, dass mich die Leute nicht leiden können	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
15. konnte ich mich zu nichts aufraffen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

12	Fragen zum Allgemeinen Gesundheitszustand					
1	Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand in der <u>vergangenen Woche</u> im Allgemeinen beschreiben?					
	ausgezeichnet <input type="checkbox"/> ₁	sehr gut <input type="checkbox"/> ₂	gut <input type="checkbox"/> ₃	weniger gut <input type="checkbox"/> ₄	schlecht <input type="checkbox"/> ₅	sehr schlecht <input type="checkbox"/> ₆
2	Wie sehr haben Probleme mit der körperlichen Gesundheit Sie in der <u>vergangenen Woche</u> bei normalen körperlichen Tätigkeiten eingeschränkt (zu Fuß gehen, Treppen steigen)?					
	überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₁	sehr wenig <input type="checkbox"/> ₂	mäßig <input type="checkbox"/> ₃	ziemlich <input type="checkbox"/> ₄	war zu körperlichen Aktivitäten nicht in der Lage <input type="checkbox"/> ₅	
3	Inwieweit hatten Sie in der <u>vergangenen Woche</u> wegen Ihrer körperlichen Gesundheit Schwierigkeiten bei der Ausübung Ihrer täglichen Arbeit zu Hause und außer Haus?					
	überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₁	ein bisschen <input type="checkbox"/> ₂	mäßig <input type="checkbox"/> ₃	ziemlich <input type="checkbox"/> ₄	war zu alltäglicher Arbeit nicht in der Lage <input type="checkbox"/> ₅	
4	Wie stark waren Ihre Schmerzen in der <u>vergangenen Woche</u>?					
	Ich hatte keine Schmerzen <input type="checkbox"/> ₁	sehr leicht <input type="checkbox"/> ₂	leicht <input type="checkbox"/> ₃	mäßig <input type="checkbox"/> ₄	stark <input type="checkbox"/> ₅	sehr stark <input type="checkbox"/> ₆
5	Wie viel Energie hatten Sie in der <u>vergangenen Woche</u>?					
	sehr viel <input type="checkbox"/> ₁	ziemlich viel <input type="checkbox"/> ₂	mäßig viel <input type="checkbox"/> ₃	ein wenig <input type="checkbox"/> ₄	gar keine <input type="checkbox"/> ₅	
6	Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in der <u>vergangenen Woche</u> Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen oder Freunden eingeschränkt?					
	überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₁	sehr wenig <input type="checkbox"/> ₂	mäßig <input type="checkbox"/> ₃	ziemlich <input type="checkbox"/> ₄	war zu diesen Kontakten nicht in der Lage <input type="checkbox"/> ₅	
7	Wie sehr haben Ihnen in der <u>vergangenen Woche</u> seelische Probleme (z.B. Angst, Niedergeschlagenheit oder Reizbarkeit) zu schaffen gemacht?					
	überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₁	etwas <input type="checkbox"/> ₂	mäßig <input type="checkbox"/> ₃	ziemlich <input type="checkbox"/> ₄	sehr <input type="checkbox"/> ₅	
8	Wie sehr haben Ihre persönlichen oder seelischen Probleme Sie in der <u>vergangenen Woche</u> daran gehindert, Ihre normalen Tätigkeiten im Beruf, in der Schule/im Studium oder andere alltägliche Tätigkeiten auszuüben?					
	überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₁	sehr wenig <input type="checkbox"/> ₂	mäßig <input type="checkbox"/> ₃	ziemlich <input type="checkbox"/> ₄	war dazu nicht in der Lage <input type="checkbox"/> ₅	

Erwerbstätigkeit

13a Für Berufstätige/ arbeitslos Gemeldete:

Zeiten von Arbeitsunfähigkeit in den letzten 6 Monaten:

Ich war in den letzten 6 Monaten insgesamt ca. _____ Wochen arbeitsunfähig.

Bitte zählen Sie alle Tage/ Wochen zusammen, an denen Sie wegen Krankheit nicht zur Arbeit konnten, auch wenn Sie nicht ärztlich krankgeschrieben waren. Falls Sie die Zahl nicht wissen, schätzen Sie möglichst genau!

Wir danken Ihnen sehr herzlich für Ihre Mitarbeit!

Sehen Sie jetzt bitte den Fragebogen nochmals durch und prüfen Sie, ob Sie auch jede Frage beantwortet haben.

13.4.3 Patientenbogen nach der stationären Behandlung (Auswahl)

- 1 Sie finden nachstehend eine Liste von **Problemen und Beschwerden**, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie sich jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie **in den letzten sieben Tagen** durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an.

Bitte beantworten Sie jede Frage!

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...?

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1 Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	<input type="checkbox"/>				
2 Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	<input type="checkbox"/>				
3 Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	<input type="checkbox"/>				
4 dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen	<input type="checkbox"/>				
5 Schermut	<input type="checkbox"/>				
6 Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	<input type="checkbox"/>				
7 Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	<input type="checkbox"/>				
8 Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>				
9 einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	<input type="checkbox"/>				
10 Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>				
11 Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	<input type="checkbox"/>				
12 Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	<input type="checkbox"/>				
13 dem Gefühl, wertlos zu sein	<input type="checkbox"/>				
14 der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	<input type="checkbox"/>				

27	Fragen zum Allgemeinen Gesundheitszustand – SF 8					
1	Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand in der <u>vergangenen Woche</u> im Allgemeinen beschreiben?					
ausgezeichnet <input type="checkbox"/> ₁	sehr gut <input type="checkbox"/> ₂	gut <input type="checkbox"/> ₃	weniger gut <input type="checkbox"/> ₄	schlecht <input type="checkbox"/> ₅	sehr schlecht <input type="checkbox"/> ₆	
2	Wie sehr haben Probleme mit der körperlichen Gesundheit Sie in der <u>vergangenen Woche</u> bei normalen körperlichen Tätigkeiten eingeschränkt (zu Fuß gehen, Treppen steigen)?					
überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₁	sehr wenig <input type="checkbox"/> ₂	mäßig <input type="checkbox"/> ₃	ziemlich <input type="checkbox"/> ₄	war zu körperlichen Aktivitäten nicht in der Lage <input type="checkbox"/> ₅		
3	Inwieweit hatten Sie in der <u>vergangenen Woche</u> wegen Ihrer körperlichen Gesundheit Schwierigkeiten bei der Ausübung Ihrer täglichen Arbeit bzw. Tätigkeiten zu Hause und außer Haus?					
überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₁	ein bisschen <input type="checkbox"/> ₂	mäßig <input type="checkbox"/> ₃	ziemlich <input type="checkbox"/> ₄	war zu alltäglichen Tätigkeiten nicht in der Lage <input type="checkbox"/> ₅		
4	Wie stark waren Ihre Schmerzen in der <u>vergangenen Woche</u>?					
Ich hatte keine Schmerzen <input type="checkbox"/> ₁	sehr leicht <input type="checkbox"/> ₂	leicht <input type="checkbox"/> ₃	mäßig <input type="checkbox"/> ₄	stark <input type="checkbox"/> ₅	sehr stark <input type="checkbox"/> ₆	
5	Wie viel Energie hatten Sie in der <u>vergangenen Woche</u>?					
sehr viel <input type="checkbox"/> ₁	ziemlich viel <input type="checkbox"/> ₂	mäßig viel <input type="checkbox"/> ₃	ein wenig <input type="checkbox"/> ₄	gar keine <input type="checkbox"/> ₅		
6	Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in der <u>vergangenen Woche</u> Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen oder Freunden eingeschränkt?					
überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₁	sehr wenig <input type="checkbox"/> ₂	mäßig <input type="checkbox"/> ₃	ziemlich <input type="checkbox"/> ₄	war zu diesen Kontakten nicht in der Lage <input type="checkbox"/> ₅		
7	Wie sehr haben Ihnen in der <u>vergangenen Woche</u> seelische Probleme (z.B. Angst, Niedergeschlagenheit oder Reizbarkeit) zu schaffen gemacht?					
überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₁	etwas <input type="checkbox"/> ₂	mäßig <input type="checkbox"/> ₃	ziemlich <input type="checkbox"/> ₄	sehr <input type="checkbox"/> ₅		
8	Wie sehr haben Ihre persönlichen oder seelischen Probleme Sie in der <u>vergangenen Woche</u> daran gehindert, Ihre normalen Tätigkeiten im Beruf, in der Schule/im Studium oder andere alltägliche Tätigkeiten auszuüben?					
überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₁	sehr wenig <input type="checkbox"/> ₂	mäßig <input type="checkbox"/> ₃	ziemlich <input type="checkbox"/> ₄	war dazu nicht in der Lage <input type="checkbox"/> ₅		

13.5 Überprüfung des PPZ-P: Ergänzende Ergebnistabellen

13.5.1 Item-Schwierigkeiten

Tabelle 37 Relative Häufigkeiten der auszuwählenden Therapieziele

Therapieziele	Zielauswahl	
	N	%
PSYCHOSOZIALE ZIELDIMENSION		
Reduktion der spezifischen Symptomatik		
Reduktion der Angstsymptomatik	383	20.1
Abbau von Vermeidungsverhalten	270	14.2
Abbau von Rückversicherungsverhalten	103	5.4
Reduktion der Aufmerksamkeitsfokussierung	140	7.3
Reduktion der depressiven Symptomatik	691	36.3
Aktivitätssteigerung	430	22.6
Verbesserung der Tagesstrukturierung	258	13.5
Antriebssteigerung	444	23.3
Abbau des Rückzugsverhaltens	501	26.3
Reduktion der somatoformen Symptomatik	252	13.2
Verbesserung der Schmerzbewältigung	127	6.7
Normalisierung des Essverhaltens	353	18.5
Reduktion der Tinnitusymptomatik		
Reduktion der Schlafstörungen	229	12.0
Sonstige	33	1.7
Bearbeitung emotionaler Aspekte		
Emotionale Entlastung und Stabilisierung	482	25.3
Abbau von Schuldgefühlen / Scham	306	16.1
Verbesserung des Umgangs mit Ärger / Wut / Aggression	437	22.9
Unterstützung eines adäquaten Trauerprozesses	191	10.0
Stimmungsaufhellung	319	16.7
Abbau von Versagensängsten	225	11.8
Verarbeitung erlebter Kränkungen	307	16.1
Verbesserung der Differenzierung und Wahrnehmung von Emotionen	290	15.2
Verbesserung der Wahrnehmung eigener Emotionen	406	21.3
Verbesserung der Wahrnehmung von Emotionen anderer	176	9.2
Verbesserung des Ausdrucks von Emotionen	293	15.4
Verbesserung der Impulskontrolle	124	6.5
Verbesserung der Affekttoleranz	108	5.7
Sonstige	4	0.2

Fortsetzung Tabelle 37 Relative Häufigkeiten der auszuwählenden Therapieziele

Bearbeitung kognitiver Aspekte		
Kognitive Umstrukturierung (z.B. Realitätstestung)	133	7.0
Verbesserung der Problemlösefähigkeiten	93	4.9
Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit	66	3.5
Sonstige	3	0.2
Förderung der sozialen Kompetenz		
Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit	449	23.6
Verbesserung des Ausdrucks eigener Bedürfnisse und Meinungen	492	25.8
Verbesserung der sozialen Wahrnehmung	169	8.9
Verbesserung der Kritik- und Konfliktfähigkeit	349	18.3
Verbesserung der Integrationsfähigkeit	229	12.0
Verbesserung der Fähigkeit, Kontakte aufnehmen und aufrechterhalten zu können (Beziehungsfähigkeit)	266	14.0
Verbesserung der Anpassungs- und Kooperationsfähigkeit	89	4.7
Verbesserung von selbstbehauptenden Fähigkeiten	424	22.3
Aufbau selbstsicherer Verhaltensweisen	371	19.5
Förderung der Abgrenzungsfähigkeit (nein sagen können)	499	26.2
Förderung der Unabhängigkeit in Beziehungen	313	16.4
Sonstige	7	0.4
Bearbeitung intrapsychischer Aspekte		
Erlernen von Konfliktbewältigungskompetenzen	208	10.9
Verbesserung der Konflikttoleranz	104	5.5
Verbesserung der Konfliktwahrnehmung	117	6.1
Bearbeitung des grundlegenden intrapsychischen Konflikts (z.B. des Autonomie-Abhängigkeitskonflikts)	163	8.6
Sonstige	2	0.1
Entwicklung des Selbst		
Entwicklung eines realistischen Selbstbildes	234	12.3
Steigerung der Selbstwirksamkeit	171	9.0
Steigerung des Selbstwertgefühls / Selbstvertrauens	500	26.2
Verbesserung der Introspektionsfähigkeit	160	8.4
Verbesserung der Selbstwahrnehmung	220	11.5
Verbesserung der Wahrnehmung eigener Wünsche und Bedürfnisse	355	18.6
Steigerung der Selbstverantwortung / Eigenmotivation	164	8.6
Stärkung / Förderung der Ich-Funktionen	167	8.8
Sonstige	11	0.6

Fortsetzung Tabelle 37 Relative Häufigkeiten der auszuwählenden Therapieziele

Akzeptierung der Realität		
Wahrnehmung und Akzeptanz von Belastungsgrenzen	285	15.0
Verbesserung der Frustrationstoleranz	99	5.2
Verbesserung der Körperakzeptanz	124	6.5
Abbau der Selbstüberforderungstendenzen / Perfektionismus	262	13.8
Verbesserung der Akzeptanz der Krankheit / Symptome	117	6.1
Erarbeitung einer Krankheitseinsicht	79	4.1
Sonstige	6	0.3
Bearbeiten biographisch relevanter Ereignisse		
Bearbeitung/Bewältigung eines vorangegangenen Trennungs- / Verlustgeschehens	252	13.2
Bearbeitung traumatischer Lebensereignisse	173	9.1
Aufarbeitung sexueller Gewalterlebnisse	73	3.8
Bearbeitung der biographischen Ursachen der Symptomatik	251	13.2
Bearbeitung der Beziehungen zur Herkunftsfamilie	220	11.5
Sonstige	5	0.3
Entwicklung einer adäquaten Behandlungsmotivation		
Entwicklung eines tragfähigen therapeutischen Arbeitsbündnisses	190	10.0
Aufbau einer stabilen Psychotherapiemotivation	153	8.0
Motivierung für Nachsorgemaßnahmen	110	5.8
Motivierung für ambulante Psychotherapie	145	7.6
Motivierung zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe	17	0.9
Zielklärung	37	1.9
Sonstige	5	0.3
Sonstige		
Psychische Stabilisierung / Erholung / Ruhe	290	15.2
Aktivierung von Ressourcen	177	9.3
Sonstige	9	0.5
SOMATISCHE ZIELDIMENSION		
Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit		
Körperliche Erholung / Stabilisierung	327	17.2
Steigerung der Beweglichkeit / Muskelkoordination	77	4.0
Steigerung der körperlichen Ausdauer	119	6.2
Verbesserung der Körperwahrnehmung	136	7.1
Körperliche Kräftigung	102	5.4
Kräftigung der Rückenmuskulatur	32	1.7
Sonstige	3	0.2

Fortsetzung Tabelle 37 Relative Häufigkeiten der auszuwählenden Therapieziele

Linderung vegetativer Beschwerden		
Lockerung der muskulären Anspannung	152	8.0
Verbesserung von Störungen des Herz-Kreislaufsystems (z.B. Blutdruckoptimierung)	37	1.9
Linderung von Beschwerden des Gastrointestinaltrakts	44	2.3
Sonstige	16	0.8
Linderung von Schmerzen		
Linderung von Schmerzen im Bewegungsapparat	171	9.0
Linderung von Schmerzen / Beschwerden im Wirbelsäulenbereich	118	6.2
Linderung von Gelenksbeschwerden	47	2.5
Linderung von Kopfschmerzen	57	3.0
Sonstige	14	0.7
Reduzierung von Risikoverhalten/-Faktoren		
Verbesserung des Ernährungszustandes	114	6.0
Gewichtsreduktion	173	9.1
Gewichtszunahme	66	3.5
Reduzierung / Abstinenz von Suchtmittelgebrauch	35	1.8
Nikotinreduktion / Abstinenz	29	1.5
Alkoholreduktion / Abstinenz	44	2.3
Reduktion der Medikamentenabhängigkeit	15	0.8
Verbesserung der Stoffwechselfparameter (z.B. Blutzucker)	16	0.8
Normalisierung der Cholesterinwerte	12	0.6
Verbesserung der Leberwerte	4	0.2
Sonstige	10	0.5
Sonstige		
Sonstige	15	0.8
EDUKATIVE ZIELDIMENSION		
Vermittlung von Informationen über die Krankheit		
Vermittlung eines Erklärungsmodells für Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik	259	13.6
Analyse von symptomauslösenden Bedingungen	181	9.5
Analyse von symptomaufrechterhaltenden Bedingungen	172	9.0
Vermittlung eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses	196	10.3
Vermittlung des psychodynamischen Hintergrunds der Symptomatik	111	5.8
Vermittlung eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses	150	7.9
Sonstige	1	0.1

Fortsetzung Tabelle 37 Relative Häufigkeiten der auszuwählenden Therapieziele

Vermittlung von Methoden zum Abbau von Risikoverhalten		
Erlernen von Methoden zur Reduktion von Drogenkonsum	14	0.7
Erlernen von Methoden zur Reduktion von Genussmittelkonsum (z.B. Nichtrauchertraining)	16	0.8
Erlernen von Methoden zur Rückfallprävention	22	1.2
Sonstige	3	0.2
Vermittlung von Techniken zur Förderung von Gesundheitsverhalten		
Erlernen rückenschonender Haltungen und Bewegungen	31	1.6
Erlernen krankengymnastischer Übungen	32	1.7
Erwerb von Kenntnissen über krankheitsgerechte / gesunde Ernährung (z.B. Ernährungsberatung)	54	2.8
Sonstige	5	0.3
Verbesserung der Stressbewältigung		
Erlernen eines Entspannungsverfahrens	434	22.8
Vermittlung von Information über Stressentstehung und -bewältigung	114	6.0
Förderung der Genussfähigkeit	116	6.1
Sonstige	8	0.4
Sonstige		
Sonstige	11	0.6
ZIELDIMENSION DER AKTIVITÄT / PARTIZIPATION		
Wiederherstellung/Erhalt der Arbeitsfähigkeit		
Wiedereingliederung in das Erwerbsleben	123	6.5
Steigerung der beruflichen Leistungsfähigkeit	73	3.8
Durchführung einer Arbeitsbelastungserprobung	35	1.8
Verbesserung des beruflichen Leistungsvermögens	64	3.4
Klärung der beruflichen Situation	180	9.4
Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit	126	6.6
Sonstige	7	0.4
Bearbeitung von Problemen im interpersonellen Bereich		
Aufbau sozialer Beziehungen	112	5.9
Bearbeitung von interpersonellen Problemen im beruflichen Bereich	109	5.7
Bearbeitung von interpersonellen Problemen im familiären Bereich	280	14.7
Bearbeitung von Problemen in der Partnerschaft	207	10.9
Sonstige	6	0.3

Fortsetzung Tabelle 37 Relative Häufigkeiten der auszuwählenden Therapieziele

Verbesserung der Alltagsbewältigung		
Verbesserung der finanziellen Situation	23	1.2
Verbesserung der Freizeitgestaltung	104	5.5
Sonstige	10	0.5
Erarbeitung von Zukunftsperspektiven		
Erarbeitung einer neuen beruflichen Orientierung / Zukunftsperspektive	210	11.0
Erarbeitung von Zukunftsperspektiven im interpersonellen Bereich	180	9.4
Sonstige	13	0.7
Sonstige		
Sonstige	7	0.4

13.5.2 Item-Korrelationen

Tabelle 38 Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Reduktion der spezifischen Symptomatik“

	Phi-Koeffizient												
	A11	A111	A112	A113	A12	A121	A122	A123	A124	A13	A14	A15	A16
A11 Reduktion der Angstsymptomatik	.57	.37	.37	.19	.06	.10	.04	.07	.05	.01	.03	.03	
A111 Abbau von Vermeidungsverhalten		.38	.29	.12	.12	.16	.10	.13	.05	.05	.05	.03	
A112 Abbau von Rückversicherungsverhalten			.31	.03	.05	.11	.07	.06	-.03	-.01	-.01	.05	
A113 Reduktion der Aufmerksamkeitsfokussierung				.00	.04	.06	.03	.06	.07	.09	-.04	.06	
A12 Reduktion der depressiven Symptomatik					.37	.29	.37	.39	.10	.07	.08	.09	
A121 Aktivitätssteigerung						.41	.53	.42	.05	.06	.03	.09	
A122 Verbesserung der Tagesstrukturierung							.40	.33	.05	.06	.09	.05	
A123 Antriebssteigerung								.40	.04	.06	.06	.14	
A124 Abbau des Rückzugsverhaltens									.03	.06	.09	.08	
A13 Reduktion der somatoformen Symptomatik										.24	.00	.17	
A14 Verbesserung der Schmerzbewältigung											-.03	.09	
A15 Reduktion der Tinnitusymptomatik												.08	
A16 Reduktion der Schlafstörungen													.08

Anmerkungen: Grau: Korrelationskoeffizienten $\geq .5$

Tabelle 39 Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Bearbeitung emotionaler Aspekte“

	Phi-Koeffizient												
	A21	A211	A212	A213	A214	A215	A216	A22	A221	A222	A23	A24	A25
A21 Emotionale Entlastung und Stabilisierung	.36	.33	.21	.33	.27	.27	.25	.18	.12	.24	.18	.14	
A211 Abbau von Schuldgefühlen / Scham		.30	.19	.26	.27	.21	.15	.18	.08	.20	.08	.12	
A212 Verbesserung des Umgangs mit Ärger / Wut / Aggression			.15	.33	.27	.34	.16	.30	.21	.28	.25	.19	
A213 Unterstützung eines adäquaten Trauerprozesses				.20	.09	.14	.04	.08	.04	.10	.05	.05	
A214 Stimmungsaufhellung					.26	.27	.14	.21	.15	.23	.17	.13	
A215 Abbau von Versagensängsten						.24	.14	.18	.14	.21	.10	.16	
A216 Verarbeitung erlebter Kränkungen							.07	.15	.14	.19	.16	.13	
A22 Verbesserung der Differenzierung und Wahrnehmung von Emotionen								.55	.34	.35	.18	.13	
A221 Verbesserung der Wahrnehmung eigener Emotionen									.52	.45	.22	.19	
A222 Verbesserung der Wahrnehmung von Emotionen anderer										.27	.26	.20	
A23 Verbesserung des Ausdrucks von Emotionen											.22	.21	
A24 Verbesserung der Impulskontrolle												.37	
A25 Verbesserung der Affekttoleranz													

Anmerkungen: Grau: Korrelationskoeffizienten $\geq .5$

Tabelle 40 Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Bearbeitung kognitiver Aspekte“

	Phi-Koeffizient		
	A31	A32	A33
A31 Kognitive Umstrukturierung (z.B. Realitätstestung)	.31	.09	
A32 Verbesserung von Problemlösefähigkeiten		.18	
A33 Verbesserung von Konzentrationsfähigkeit			

Tabelle 41 Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Förderung der sozialen Kompetenz“

	Phi-Koeffizient										
	A41	A411	A412	A413	A42	A421	A422	A43	A431	A432	A433
A41 Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit	.59	.28	.42	.37	.28	.10	.45	.38	.28	.29	
A411 Verbesserung des Ausdrucks eigener Bedürfnisse und Meinungen		.30	.45	.26	.31	.11	.35	.42	.39	.34	
A412 Verbesserung der sozialen Wahrnehmung			.43	.25	.33	.30	.17	.22	.15	.22	
A413 Verbesserung der Kritik- und Konfliktfähigkeit				.21	.29	.20	.25	.34	.26	.29	
A42 Verbesserung der Integrationsfähigkeit					.62	.32	.29	.25	.17	.18	
A421 Verbesserung der Fähigkeit. Kontakte aufnehmen und aufrechterhalten zu können (Beziehungsfähigkeit)						.28	.21	.28	.14	.21	
A422 Verbesserung der Anpassungs- und Kooperationsfähigkeit							.02	.09	.03	.08	
A43 Verbesserung der selbstbehauptenden Fähigkeiten								.51	.50	.44	
A431 Aufbau selbstsicherer Verhaltensweisen									.53	.52	
A432 Förderung der Abgrenzungsfähigkeit (nein sagen können)										.50	
A433 Förderung der Unabhängigkeit in Beziehungen											

Anmerkungen: Grau: Korrelationskoeffizienten $\geq .5$

Tabelle 42 Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Bearbeitung intrapsychischer Aspekte“

	Phi-Koeffizient			
	A51	A52	A53	A54
A51 Erlernen von Konfliktbewältigungskompetenzen	.43	.39	.21	
A52 Verbesserung der Konflikttoleranz		.42	.20	
A53 Verbesserung der Konfliktwahrnehmung			.20	
A54 Bearbeitung des grundlegenden intrapsychischen Konflikts (z.B. Autonomie-Abhängigkeitskonflikt)				

Tabelle 43 Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Entwicklung des Selbst“

	Phi-Koeffizient							
	A61	A62	A63	A64	A65	A66	A67	A68
A61 Entwicklung eines realistischen Selbstbildes		.32	.38	.30	.39	.35	.34	.33
A62 Steigerung der Selbstwirksamkeit			.39	.28	.34	.39	.34	.21
A63 Steigerung des Selbstwertgefühls / Selbstvertrauens				.32	.39	.45	.33	.32
A64 Verbesserung der Introspektionsfähigkeit					.56	.39	.29	.31
A65 Verbesserung der Selbstwahrnehmung						.46	.33	.34
A66 Verbesserung der Wahrnehmung eigener Wünsche und Bedürfnisse							.36	.35
A67 Steigerung der Selbstverantwortung / Eigenmotivation								.23
A68 Stärkung / Förderung der Ich-Funktionen								

Anmerkungen: Grau: Korrelationskoeffizienten $\geq .5$

Tabelle 44 Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Akzeptierung der Realität“

	Phi-Koeffizient					
	A71	A72	A73	A74	A75	A76
A71 Wahrnehmung und Akzeptanz von Belastungsgrenzen		.24	.27	.53	.33	.23
A72 Verbesserung der Frustrationstoleranz			.25	.22	.21	.18
A73 Verbesserung der Körperakzeptanz				.30	.31	.24
A74 Abbau der Selbstüberforderungstendenzen / Perfektionismus					.30	.23
A75 Verbesserung der Akzeptanz der Krankheit / Symptome						.36
A76 Erarbeitung einer Krankheitseinsicht						

Anmerkungen: Grau: Korrelationskoeffizienten $\geq .5$

Tabelle 45 Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Bearbeitung biographisch relevanter Ereignisse“

	Phi-Koeffizient				
	A81	A82	A83	A84	A85
A81 Bearbeitung / Bewältigung eines vorangegangenen Trennungs- / Verlustgeschehens		.10	.04	.07	.15
A82 Bearbeitung traumatischer Lebensereignisse			.35	.20	.19
A83 Aufarbeitung sexueller Gewalterlebnisse				.08	.18
A84 Bearbeitung der biographischen Ursachen der Symptomatik					.36
A85 Bearbeitung der Beziehungen zur Herkunftsfamilie					

Tabelle 46 Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Entwicklung einer adäquaten Behandlungsmotivation“

	Phi-Koeffizient					
	A91	A92	A93	A931	A932	A94
A91 Entwicklung eines tragfähigen therapeutischen Arbeitsbündnisses		.53	.42	.37	.12	.33
A92 Aufbau einer stabilen Psychotherapiemotivation			.45	.45	.10	.25
A93 Motivierung für Nachsorgemaßnahmen				.57	.14	.21
A931 Motivierung für ambulante Psychotherapie					.20	.16
A932 Motivierung zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe						.11
A94 Zielklärung						

Anmerkungen: Grau: Korrelationskoeffizienten $\geq .5$

Tabelle 47 Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit“

	Phi-Koeffizient					
	B11	B12	B13	B14	B15	B151
B11 Körperliche Erholung / Stabilisierung		.20	.22	.29	.26	.15
B12 Steigerung der Beweglichkeit / Muskelkoordination			.37	.26	.27	.22
B13 Steigerung der körperlichen Ausdauer				.28	.37	.12
B14 Verbesserung der Körperwahrnehmung					.18	.09
B15 Körperliche Kräftigung						.33
B151 Kräftigung der Rückenmuskulatur						

Tabelle 48 Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Linderung vegetativer Beschwerden“

	Phi-Koeffizient		
	B21	B22	B23
B21 Lockerung der muskulären Anspannung		.17	.15
B22 Verbesserung von Störungen des Herz-Kreislaufsystems (z.B. Blutdruckoptimierung)			.08
B23 Linderung von Beschwerden des Gastrointestinaltrakts			

Tabelle 49 Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Linderung von Schmerzen“

	Phi-Koeffizient			
	B31	B311	B312	B32
B31 Linderung von Schmerzen im Bewegungsapparat		.58	.34	.27
B311 Linderung von Schmerzen / Beschwerden im Wirbelsäulenbereich			.31	.13
B312 Linderung von Gelenkschmerzen				.13
B32 Linderung von Kopfschmerzen				

Anmerkungen: Grau: Korrelationskoeffizienten $\geq .5$

Tabelle 50 Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Reduzierung von Risikoverhalten /-Faktoren“

	Phi-Koeffizient									
	B41	B411	B412	B42	B421	B422	B423	B43	B431	B432
B41 Verbesserung des Ernährungszustandes		.51	.36	.13	.01	.05	.10	.24	.09	.09
B411 Gewichtsreduktion			-.06	.07	.07	.01	.03	.19	.21	.11
B412 Gewichtszunahme				.02	.00	.03	.02	.01	-.02	.05
B42 Reduzierung / Abstinenz von Suchtmittelgebrauch					.27	.45	.21	.12	-.01	.08
B421 Nikotinreduktion / Abstinenz						.10	.04	.04	.04	-.01
B422 Alkoholreduktion / Abstinenz							.07	.02	-.01	.07
B423 Reduktion der Medikamentenabhängigkeit								.06	-.01	.00
B43 Verbesserung der Stoffwechselparameter (z.B. Blutzucker)									.36	.25
B431 Normalisierung der Cholesterinwerte										.29
B432 Verbesserung der Lebenswerte										

Anmerkungen: Grau: Korrelationskoeffizienten $\geq .5$

Tabelle 51 Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Vermittlung von Informationen über die Krankheit“

	Phi-Koeffizient					
	C11	C111	C112	C12	C121	C122
C11 Vermittlung eines Erklärungsmodells für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik		.64	.62	.31	.12	.31
C111 Analyse von symptomauslösenden Bedingungen			.84	.29	.17	.36
C112 Analyse von symptomaufrechterhaltenden Bedingungen				.29	.13	.38
C12 Vermittlung eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses					.37	.48
C121 Vermittlung des psychodynamischen Hintergrunds der Symptomatik						.12
C122 Vermittlung eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses						

Anmerkungen: Grau: Korrelationskoeffizienten $\geq .5$

Tabelle 52 Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Vermittlung von Methoden zum Abbau von Risikoverhalten“

	Phi-Koeffizient		
	C21	C22	C23
C21 Erlernen von Methoden zur Reduktion von Drogenkonsum		.06	.16
C22 Erlernen von Methoden zur Reduktion von Genussmittelkonsum (z.B. Nichtrauchertraining)			-.01
C23 Erlernen von Methoden zur Rückfallprävention			

Tabelle 53 Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Vermittlung von Techniken zur Förderung von Gesundheitsverhalten“

	Phi-Koeffizient		
	C31	C32	C33
C31 Erlernen rückenschonender Haltungen und Bewegungen		.40	.13
C32 Erlernen krankengymnastischer Übungen			.18
C33 Erwerb von Kenntnissen über krankheitsgerechte / gesunde Ernährung (z.B. Ernährungsberatung)			

Tabelle 54 Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Verbesserung der Stressbewältigung“

	Phi-Koeffizient		
	C41	C42	C43
C41 Erlernen eines Entspannungsverfahrens		.38	.38
C42 Vermittlung von Information über Stressentstehung und -bewältigung			.32
C43 Förderung der Genussfähigkeit			

Tabelle 55 Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Wiederherstellung / Erhalt der Arbeitsfähigkeit“

	Phi-Koeffizient					
	D11	D12	D13	D14	D15	D16
D11 Wiedereingliederung in das Erwerbsleben		.15	.19	.11	.26	.19
D12 Steigerung der beruflichen Leistungsfähigkeit			.12	.18	.11	.09
D13 Durchführung einer Arbeitsbelastungserprobung				.17	.28	.34
D14 Verbesserung des beruflichen Leistungsvermögens					.14	.16
D15 Klärung der beruflichen Situation						.38
D16 Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit						

Tabelle 56 Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Bearbeitung von Problemen im interpersonellen Bereich“

	Phi-Koeffizient			
	D21	D22	D23	D24
D21 Aufbau sozialer Beziehungen		.20	.22	.14
D22 Bearbeitung von interpersonellen Problemen im beruflichen Bereich			.18	.10
D23 Bearbeitung von interpersonellen Problemen im familiären Bereich				.26
D24 Bearbeitung von Problemen in der Partnerschaft				

Tabelle 57 Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Verbesserung der Alltagsbewältigung“

	Phi-Koeffizient	
	D31	D32
D31 Verbesserung der finanziellen Situation		.21
D32 Verbesserung der Freizeitgestaltung		

Tabelle 58 Item-Korrelationen innerhalb des Zielbereichs „Erarbeitung von Zukunftsperspektiven“

	Phi-Koeffizient	
	D41	D42
D41 Erarbeitung einer neuen beruflichen Orientierung / Zukunftsperspektive		.28
D42 Erarbeitung von Zukunftsperspektiven im interpersonellen Bereich		

13.5.3 Zielerreichung auf der Ebene der Zielbereiche

Tabelle 59 Zielerreichung auf der Ebene der Zielbereiche

Zielbereiche	N*	M	SD
Psychosoziale Zieldimension			
Reduktion der spezifischen Symptomatik	1419	3.5	0.75
Bearbeitung emotionaler Aspekte	1113	3.4	0.68
Bearbeitung kognitiver Aspekte	229	3.3	0.74
Förderung der sozialen Kompetenz	1032	3.3	0.66
Bearbeitung intrapsychischer Aspekte	377	3.1	0.70
Entwicklung des Selbst	756	3.4	0.67
Akzeptierung der Realität	500	3.3	0.74
Bearbeiten biographisch relevanter Ereignisse	631	3.2	0.79
Entwicklung einer adäquaten Behandlungsmotivation	311	3.8	0.97
Somatische Zieldimension			
Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit	467	3.7	0.75
Linderung vegetativer Beschwerden	210	3.5	0.77
Linderung von Schmerzen	245	3.1	0.92
Reduktion von Risikoverhalten / -faktoren	318	3.3	1.14
Edukative Zieldimension			
Vermittlung von Informationen über die Krankheit	476	3.7	0.80
Vermittlung von Methoden zum Abbau von Risikoverhalten	49	3.3	0.86
Vermittlung von Techniken zur Förderung von Gesundheitsverhalten	97	4.0	0.61
Verbesserung der Stressbewältigung	471	3.8	0.78
Zieldimension der Aktivitäten / Partizipation			
Wiederherstellung / Erhalt der Arbeitsfähigkeit	385	3.7	0.92
Bearbeitung von Problemen im interpersonellen Bereich	499	3.3	0.69
Verbesserung der Alltagsbewältigung	124	3.4	0.72
Erarbeitung von Zukunftsperspektiven	331	3.4	0.81

Anmerkungen: *Anzahl an Behandlungsfällen, in denen dieser Zielbereich zu Behandlungsbeginn ausgewählt wurde

13.5.4 Zielerreichung auf der Ebene der konkreten Therapieziele

Tabelle 60 Zielerreichung auf der Ebene der konkreten Therapieziele

Therapieziele	N	Zielerreichung	
		M ¹	SD ²
PSYCHOSOZIALE ZIELDIMENSION			
Reduktion der spezifischen Symptomatik			
Reduktion der Angstsymptomatik	383	3.26	0.75
Abbau von Vermeidungsverhalten	270	3.36	0.78
Abbau von Rückversicherungsverhalten	103	3.23	0.70
Reduktion der Aufmerksamkeitsfokussierung	140	3.25	0.81
Reduktion der depressiven Symptomatik	691	3.58	0.74
Aktivitätssteigerung	430	3.78	0.76
Verbesserung der Tagesstrukturierung	258	3.61	0.72
Antriebssteigerung	444	3.70	0.76
Abbau des Rückzugsverhaltens	501	3.66	0.74
Reduktion der somatoformen Symptomatik	252	3.12	0.90
Verbesserung der Schmerzbewältigung	127	2.92	1.00
Normalisierung des Essverhaltens	353	3.54	0.80
Reduktion der Tinnitusymptomatik	69	3.23	0.87
Reduktion der Schlafstörungen	229	3.43	0.97
Bearbeitung emotionaler Aspekte			
Emotionale Entlastung und Stabilisierung	482	3.53	0.69
Abbau von Schuldgefühlen/Scham	306	3.40	0.67
Verbesserung des Umgangs mit Ärger/Wut/Aggression	437	3.20	0.72
Unterstützung eines adäquaten Trauerprozesses	191	3.52	0.83
Stimmungsaufhellung	319	3.66	0.79
Abbau von Versagensängsten	225	3.23	0.71
Verarbeitung erlebter Kränkungen	307	3.17	0.71
Verbesserung der Differenzierung und Wahrnehmung von Emotionen	290	3.43	0.72
Verbesserung der Wahrnehmung eigener Emotionen	406	3.44	0.69
Verbesserung der Wahrnehmung von Emotionen anderer	176	3.10	0.74
Verbesserung des Ausdrucks von Emotionen	293	3.34	0.76
Verbesserung der Impulskontrolle	124	3.26	0.72
Verbesserung der Affekttoleranz	108	3.23	0.76

Anmerkungen: ¹= Mittelwert, ²=Standardabweichung

Fortsetzung Tabelle 60 Zielerreichung auf der Ebene der konkreten Therapieziele

Bearbeitung kognitiver Aspekte			
Kognitive Umstrukturierung (z.B. Realitätstestung)	133	3.32	0.78
Verbesserung der Problemlösefähigkeiten	93	3.35	0.69
Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit	66	3.33	0.83
Förderung der sozialen Kompetenz			
Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit	449	3.40	0.71
Verbesserung des Ausdrucks eigener Bedürfnisse und Meinungen	492	3.43	0.69
Verbesserung der sozialen Wahrnehmung	169	3.23	0.75
Verbesserung der Kritik- und Konfliktfähigkeit	349	3.18	0.75
Verbesserung der Integrationsfähigkeit	229	3.37	0.75
Verbesserung der Fähigkeit, Kontakte aufnehmen und aufrechterhalten zu können (Beziehungsfähigkeit)	266	3.38	0.69
Verbesserung der Anpassungs- und Kooperationsfähigkeit	89	3.20	0.69
Verbesserung von selbstbehauptenden Fähigkeiten	424	3.38	0.66
Aufbau selbstsicherer Verhaltensweisen	371	3.32	0.68
Förderung der Abgrenzungsfähigkeit (nein sagen können)	499	3.32	0.73
Förderung der Unabhängigkeit in Beziehungen	313	3.07	0.71
Bearbeitung intrapsychischer Aspekte			
Erlernen von Konfliktbewältigungskompetenzen	208	3.17	0.66
Verbesserung der Konflikttoleranz	104	3.10	0.77
Verbesserung der Konfliktwahrnehmung	117	3.33	0.69
Bearbeitung des grundlegenden intrapsychischen Konflikts (z.B. des Autonomie-Abhängigkeitskonflikts)	163	2.99	0.80
Entwicklung des Selbst			
Entwicklung eines realistischen Selbstbildes	234	3.26	0.71
Steigerung der Selbstwirksamkeit	171	3.47	0.74
Steigerung des Selbstwertgefühls / Selbstvertrauens	500	3.41	0.72
Verbesserung der Introspektionsfähigkeit	160	3.29	0.69
Verbesserung der Selbstwahrnehmung	220	3.35	0.65
Verbesserung der Wahrnehmung eigener Wünsche und Bedürfnisse	355	3.57	0.66
Steigerung der Selbstverantwortung / Eigenmotivation	164	3.44	0.79
Stärkung / Förderung der Ich-Funktionen	167	3.35	0.67

Anmerkungen: ¹= Mittelwert, ²=Standardabweichung

Fortsetzung Tabelle 60 Zielerreichung auf der Ebene der konkreten Therapieziele

Akzeptierung der Realität			
Wahrnehmung und Akzeptanz von Belastungsgrenzen	285	3.42	0.75
Verbesserung der Frustrationstoleranz	99	3.37	0.76
Verbesserung der Körperakzeptanz	124	3.14	0.67
Abbau der Selbstüberforderungstendenzen / Perfektionismus	262	3.18	0.74
Verbesserung der Akzeptanz der Krankheit / Symptome	117	3.31	0.86
Erarbeitung einer Krankheitseinsicht	79	3.43	0.94
Bearbeiten biographisch relevanter Ereignisse			
Bearbeitung/Bewältigung eines vorangegangenen Trennungs- / Verlustgeschehens	252	3.22	0.80
Bearbeitung traumatischer Lebensereignisse	173	3.05	0.82
Aufarbeitung sexueller Gewalterlebnisse	73	3.20	0.82
Bearbeitung der biographischen Ursachen der Symptomatik	251	3.27	0.81
Bearbeitung der Beziehungen zur Herkunftsfamilie	220	3.25	0.80
Entwicklung einer adäquaten Behandlungsmotivation			
Entwicklung eines tragfähigen therapeutischen Arbeitsbündnisses	190	3.75	0.94
Aufbau einer stabilen Psychotherapiemotivation	153	3.50	1.06
Motivierung für Nachsorgemaßnahmen	110	3.78	1.04
Motivierung für ambulante Psychotherapie	145	3.92	1.00
Motivierung zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe	17	3.65	1.17
Zielklärung	37	3.57	0.93
Sonstige			
Psychische Stabilisierung / Erholung / Ruhe	290	4.00	0.77
Aktivierung von Ressourcen	177	3.84	0.69
SOMATISCHE ZIELDIMENSION			
Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit			
Körperliche Erholung / Stabilisierung	327	3.84	0.76
Steigerung der Beweglichkeit / Muskelkoordination	77	3.39	0.83
Steigerung der körperlichen Ausdauer	119	3.51	0.75
Verbesserung der Körperwahrnehmung	136	3.42	0.78
Körperliche Kräftigung	102	3.62	0.83
Kräftigung der Rückenmuskulatur	32	3.59	0.61
Linderung vegetativer Beschwerden			
Lockerung der muskulären Anspannung	152	3.57	0.76
Verbesserung von Störungen des Herz-Kreislaufsystems (z.B. Blutdruckoptimierung)	37	3.51	0.65
Linderung von Beschwerden des Gastrointestinaltrakts	44	3.43	0.87

Anmerkungen: ¹= Mittelwert, ²=Standardabweichung

Fortsetzung Tabelle 60 Zielerreichung auf der Ebene der konkreten Therapieziele

Linderung von Schmerzen			
Linderung von Schmerzen im Bewegungsapparat	171	3.23	0.87
Linderung von Schmerzen / Beschwerden im Wirbelsäulenbereich	118	3.15	0.91
Linderung von Gelenkbeschwerden	47	3.18	0.90
Linderung von Kopfschmerzen	57	3.16	1.03
Reduzierung von Risikoverhalten / -Faktoren			
Verbesserung des Ernährungszustandes	114	3.19	0.97
Gewichtsreduktion	173	3.21	1.12
Gewichtszunahme	66	3.34	1.05
Reduzierung / Abstinenz von Suchtmittelgebrauch	35	3.43	1.44
Nikotinreduktion / Abstinenz	29	3.19	1.20
Alkoholreduktion / Abstinenz	44	3.85	0.82
Reduktion der Medikamentenabhängigkeit	15	3.33	1.23
Verbesserung der Stoffwechselformparameter (z.B. Blutzucker)	16	3.38	0.96
Normalisierung der Cholesterinwerte	12	3.28	1.00
Verbesserung der Leberwerte	4	3.10	1.91
EDUKATIVE ZIELDIMENSION			
Vermittlung von Informationen über die Krankheit			
Vermittlung eines Erklärungsmodells für Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik	259	3.80	0.80
Analyse von symptomauslösenden Bedingungen	181	3.84	0.77
Analyse von symptomaufrechterhaltenden Bedingungen	172	3.89	0.75
Vermittlung eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses	196	3.70	0.83
Vermittlung des psychodynamischen Hintergrunds der Symptomatik	111	3.48	0.94
Vermittlung eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses	150	3.89	0.74
Vermittlung von Methoden zum Abbau von Risikoverhalten			
Erlernen von Methoden zur Reduktion von Drogenkonsum	14	3.57	0.76
Erlernen von Methoden zur Reduktion von Genussmittelkonsum (z.B. Nichtrauchertraining)	16	3.13	1.02
Erlernen von Methoden zur Rückfallprävention	22	3.41	0.80
Vermittlung von Techniken zur Förderung von Gesundheitsverhalten			
Erlernen rückschonender Haltungen und Bewegungen	31	3.87	0.67
Erlernen krankengymnastischer Übungen	32	3.79	0.62
Erwerb von Kenntnissen über krankheitsgerechte / gesunde Ernährung (z.B. Ernährungsberatung)	54	3.75	0.64

Anmerkungen: ¹= Mittelwert, ²=Standardabweichung

Fortsetzung Tabelle 60 Zielerreichung auf der Ebene der konkreten Therapieziele

Verbesserung der Stressbewältigung			
Erlernen eines Entspannungsverfahrens	434	3.90	0.83
Vermittlung von Information über Stressentstehung und -bewältigung	114	3.82	0.77
Förderung der Genussfähigkeit	116	3.53	0.73
ZIELDIMENSION DER AKTIVITÄT / PARTIZIPATION			
Wiederherstellung / Erhalt der Arbeitsfähigkeit			
Wiedereingliederung in das Erwerbsleben	123	3.37	1.06
Steigerung der beruflichen Leistungsfähigkeit	73	3.45	0.87
Durchführung einer Arbeitsbelastungserprobung	35	3.70	1.35
Verbesserung des beruflichen Leistungsvermögens	64	3.27	0.96
Klärung der beruflichen Situation	180	3.63	0.91
Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit	126	3.87	0.77
Bearbeitung von Problemen im interpersonellen Bereich			
Aufbau sozialer Beziehungen	112	3.55	0.71
Bearbeitung von interpersonellen Problemen im beruflichen Bereich	109	3.23	0.77
Bearbeitung von interpersonellen Problemen im familiären Bereich	280	3.32	0.68
Bearbeitung von Problemen in der Partnerschaft	207	3.21	0.70
Verbesserung der Alltagsbewältigung			
Verbesserung der finanziellen Situation	23	3.10	0.76
Verbesserung der Freizeitgestaltung	104	3.54	0.67
Erarbeitung von Zukunftsperspektiven			
Erarbeitung einer neuen beruflichen Orientierung / Zukunftsperspektive	210	3.42	0.87
Erarbeitung von Zukunftsperspektiven im interpersonellen Bereich	180	3.45	0.76

13.6 Vorschlag für eine Revision der PPZ-T

Therapeutenbogen

zur Erfassung von Therapiezielen und deren Erreichung

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Auflistung möglicher Zielsetzungen für die Behandlung. In **Spalte I** finden Sie zunächst mögliche Zielbereiche, auf die sich die Behandlung beziehen kann.

Zur Auswahl spezifischer Behandlungsziele kreuzen Sie diese bitte in **Spalte II** jeweils an, wobei je Zielbereich **Mehrfachnennungen** möglich sind. Beziehen Sie sich bei der Zielauswahl bitte auf die aus **Ihrer Sicht** therapeutisch relevanten Zielsetzungen für den Patienten/die Patientin. Die Definition der Behandlungsziele soll **nach Abschluss der diagnostischen Phase** der psychotherapeutischen Behandlung erfolgen.

Die Überprüfung der **Zielerreichung** erfolgt unmittelbar **nach dem Entlassungsgespräch** durch Ankreuzen der entsprechenden Kästchen in **Spalte III**.

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Martinstraße 52, Haus S 35 – 20246 Hamburg
Ansprechpartner: Dipl.-Psych. Jörg Dirmaier
Telefon: 040 – 42803-9137
Fax: 040 – 42803-4940
email: dirmaier@uke.uni-hamburg.de



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Ziele zu Beginn der Behandlung:		III: Behandlungsziele am Ende der Behandlung erreicht?				
I: Zielbereiche	II: Spezifische Behandlungsziele	vollständig	größtenteils	teils teils	eher nicht	überhaupt nicht
Zieldimension A: Zielsetzungen auf psychosozialer Ebene						
Reduktion der spezifischen Symptomatik	<input type="checkbox"/> Reduktion der Angstsymptomatik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Abbau von Vermeidungsverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Abbau von Rückversicherungsverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Reduktion der Aufmerksamkeitsfokussierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Reduktion der depressiven Symptomatik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Aktivitätssteigerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Verbesserung der Tagesstrukturierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Antriebssteigerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Abbau des Rückzugsverhaltens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Reduktion der somatoformen Symptomatik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Verbesserung der Schmerzbewältigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Normalisierung des Essverhaltens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Reduktion der Zwangssymptomatik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Reduktion der Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bearbeitung emotionaler Aspekte	<input type="checkbox"/> Emotionale Entlastung und Stabilisierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Abbau von Schuldgefühlen / Scham	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Verbesserung des Umgangs mit Ärger / Wut / Aggression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Unterstützung eines adäquaten Trauerprozesses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Stimmungsaufhellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Abbau von Versagensängsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Verarbeitung erlebter Kränkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Verbesserung der Wahrnehmung eigener Emotionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Verbesserung der Wahrnehmung von Emotionen anderer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Verbesserung des Ausdrucks von Emotionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Verbesserung der Impulskontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Verbesserung der Affekttoleranz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Förderung der sozialen Kompetenz	<input type="checkbox"/> Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Verbesserung des Ausdrucks eigener Bedürfnisse und Meinungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Verbesserung der sozialen Wahrnehmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Verbesserung der Kritik- und Konfliktfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Verbesserung der Fähigkeit, Kontakte aufnehmen u. aufrechterhalten zu können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Aufbau selbstsicherer Verhaltensweisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Förderung der Abgrenzungsfähigkeit (nein sagen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Förderung der Unabhängigkeit in Beziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bearbeitung intra-psychischer Aspekte	<input type="checkbox"/> Erlernen von Konfliktbewältigungskompetenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Verbesserung der Konflikttoleranz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Verbesserung der Konfliktwahrnehmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Bearbeitung des grundlegenden intrapsychischen Konflikts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwicklung des Selbst	<input type="checkbox"/> Entwicklung eines realistischen Selbstbildes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Steigerung der Selbstwirksamkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Steigerung des Selbstwertgefühls / Selbstvertrauens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Verbesserung der Introspektionsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Verbesserung der Selbstwahrnehmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Verbesserung der Wahrnehmung eigener Wünsche und Bedürfnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Steigerung der Selbstverantwortung / Eigenmotivation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Stärkung / Förderung der Ich-Funktionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ziele zu Beginn der Behandlung:		III: Behandlungsziele am Ende der Behandlung erreicht?				
I: Zielbereiche	II: Spezifische Behandlungsziele	vollständig	größtenteils	teils teils	eher nicht	überhaupt nicht
Zieldimension A: Zielsetzungen auf psychosozialer Ebene						
Akzeptierung der Realität	<input type="checkbox"/> Wahrnehmung und Akzeptanz von Belastungsgrenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Verbesserung der Frustrationstoleranz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Verbesserung der Körperakzeptanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Abbau der Selbstüberforderungstendenzen / Perfektionismus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Verbesserung der Akzeptanz der Krankheit / Symptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bearbeiten biographisch relevanter Ereignisse	<input type="checkbox"/> Bearbeitung / Bewältigung eines Trennungs- oder Verlustgeschehens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Bearbeitung traumatischer Lebensereignisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Aufarbeitung sexueller Gewalterlebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Bearbeitung der biographischen Ursachen der Symptomatik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Bearbeitung der Beziehungen zur Herkunftsfamilie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwicklung einer adäquaten Behandlungsmotivation	<input type="checkbox"/> Entwicklung eines tragfähigen therapeutischen Arbeitsbündnisses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Aufbau einer stabilen Psychotherapiemotivation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Motivierung für sonstige Nachsorgemaßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Motivierung für ambulante Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Motivierung zur Teilnahme an Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige	<input type="checkbox"/> Psychische Stabilisierung / Erholung / Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Aktivierung von Ressourcen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Kognitive Umstrukturierung (z.B. Realitätstestung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zieldimension B: Zielsetzungen auf somatischer Ebene						
Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/> Körperliche Erholung / Stabilisierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Steigerung der körperlichen Ausdauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Verbesserung der Körperwahrnehmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Körperliche Kräftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Linderung von Schmerzen	<input type="checkbox"/> Linderung von Schmerzen im Wirbelsäulenbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Linderung von Schmerzen im sonstigen Bewegungsapparat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reduktion von Risikoverhalten / -faktoren	<input type="checkbox"/> Gewichtsreduktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Alkoholreduktion / Abstinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Reduktion der Medikamentenabhängigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige	<input type="checkbox"/> Lockerung der muskulären Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Linderung vegetativer Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ziele zu Beginn der Behandlung:		III: Behandlungsziele am Ende der Behandlung erreicht?				
I: Zielbereiche	II: Spezifische Behandlungsziele	vollständig	größtenteils	teils teils	eher nicht	überhaupt nicht
Zieldimension C: Zielsetzungen auf edukativer Ebene						
Vermittlung von Informationen über die Krankheit	<input type="checkbox"/> Vermittlung eines Erklärungsmodells für Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Analyse von symptomauslösenden u. -aufrechterhaltenden Bedingungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Vermittlung eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Vermittlung des psychodynamischen Hintergrunds der Symptomatik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Vermittlung eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermittlung von Methoden z. Abbau von Risikoverhalten	<input type="checkbox"/> Erlernen von Methoden zur Reduktion von Drogenkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Erlernen von Methoden zur Rückfallprävention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Stressbewältigung	<input type="checkbox"/> Erlernen eines Entspannungsverfahrens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Vermittlung von Information über Stressentstehung und -bewältigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Förderung der Genussfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige	<input type="checkbox"/> Vermittlung von Techniken zur Förderung von Gesundheitsverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zieldimension D: Zielsetzungen auf der Ebene der Aktivitäten / Partizipation						
Wiederherstellung / Erhalt der Arbeitsfähigkeit	<input type="checkbox"/> Wiedereingliederung in das Erwerbsleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Verbesserung des beruflichen Leistungsvermögens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Klärung der beruflichen Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bearbeitung von Problemen im interpersonellen Bereich	<input type="checkbox"/> Aufbau sozialer Beziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Bearbeitung von interpersonellen Problemen im beruflichen Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Bearbeitung von interpersonellen Problemen im familiären Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Bearbeitung von Problemen in der Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erarbeitung v. Zukunftsperspektiven	<input type="checkbox"/> Erarbeitung einer neuen beruflichen Orientierung / Zukunftsperspektive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Erarbeitung von Zukunftsperspektiven im interpersonellen Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige	<input type="checkbox"/> Verbesserung der Freizeitgestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Verbesserung der Alltagsbewältigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Angaben!